

PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

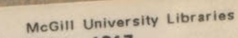
PAR

G. ROUSSY & J. LHERMITTE

PRÉCIS DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE DE GUERRE

MASSON & Cie ÉDITEURS

1917



McGill University Libraries
WM 184 R867p 1917
Les psychon evroses de guerre,



3 000 264 889 4

616.85 R867



THE
MEDICAL
LIBRARY
McGILL UNIVERSITY
MONTREAL

ACC. NO. 58983 DATE

DAMAGE TO BOOKS

Readers are reminded that under the provisions of the Canadian Criminal Code any wilful damage to property constitutes a criminal offence for which severe penalties can be inflicted.

Minor damages render the offender liable to a fine of $20.00, and he is also bound to compensate the owner up to a limit of $20.00. Refusal to pay these sums is punished with imprisonment up to two months. (Sections 539-540).

More serious damage can be visited with a term of imprisonment up to two years. (Section 510-E).



COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE



Les Traités de Médecine et de Chirurgie parus avant la guerre conservent actuellement toute leur valeur, mais ils ne contiennent pas les notions nouvelles nées des récents événements. — L'heure n'est cependant pas encore venue d'incorporer à ces ouvrages les données acquises dans les Ambulances, les Hôpitaux et les Laboratoires d'Armées. Ce sera la tâche de demain, dans le silence et avec le recul qui conviennent au travail scientifique.

Il était cependant nécessaire que les Médecins aient, dès à présent, entre les mains une mise au point et un résumé des travaux qui ont fait l'objet des nombreux Mémoires publiés dans les revues spéciales et qu'ils soient armés, pour la pratique journalière, d'ouvrages courts, maniables et écrits dans un dessein pratique.

C'est à ce but que répond cette **COLLECTION**. Nous publions, sur chacune des multiples questions qui préoccupent les médecins, de courtes monographies dues à quelques-uns des spécialistes qui ont le plus collaboré aux progrès récents de la Médecine et de la Chirurgie de Guerre.





COLLECTION de PRÉCIS de MÉDECINE et de CHIRURGIE de GUERRE



VOLUMES PARUS (MARS 1917) :

La Fièvre typhoïde et les Fièvres paratyphoïdes. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, Chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les Dysenteries. Le Choléra. Le Typhus exanthématique. (*Symptomatologie. Etiologie. Prophylaxie*), — par H. VINCENT, Médecin-Inspecteur de l'Armée, Membre de l'Académie de Médecine, et L. MURATET, chef des Travaux à la Faculté de Médecine de Bordeaux (*avec une planche*).

La Syphilis et l'Armée, — par G. THIBIERGE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Psychonévroses de guerre, par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. LHERMITTE, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris (*avec 13 planches hors texte*).

Hystérie - Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe *en Neurologie de guerre*, — par J. BABINSKI, Membre de l'Académie de Médecine, et J. FROMENT, Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon (*avec figures dans le texte et 8 planches hors texte*).

Formes cliniques des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Pr PIERRE MARIE, Membre de l'Académie de Médecine (*avec 81 figures originales et 7 planches hors texte en noir et en couleurs*).

Traitement et Restauration des Lésions des Nerfs, — par Mme ATHANASSIO-BENISTY, Interne des Hôpitaux de Paris (*Salpêtrière*), avec Préface du Professeur Pierre MARIE (*avec figures dans le texte et 4 planches hors texte*).

Blessures du Crâne et du Cerveau. *Formes cliniques et Traitement médico-chirurgical,* — par Charles CHATELIN et T. DE MARTEL (*avec fig. dans le texte et 2 planches hors texte*).

Les formes anormales du Tétanos, — par COURTOIS-SUFFIT, Médecin des Hôpitaux de Paris, et R. GIROUX, Interne Pr. des Hôpitaux, avec Préface du Professeur F. WIDAL.

Le Traitement des Plaies infectées, — par A. CARREL et G. DEHELLY (*avec 78 figures dans le texte et 4 planches hors texte*).

Traitement des Fractures, — par R. LERICHE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. (2 *volumes.*)

Tome I. — *Fractures articulaires* (*avec 97 figures*).

Tome II (et dernier). — *Fractures diaphysaires* (*avec 156 fig.*)

Les Blessures de l'abdomen, — par J. ABADIE (d'Oran), Correspondant National de la Société de Chirurgie, avec Préface du Dr J.-L. FAURE (*avec 69 fig. et 4 planches hors texte*).

Les Blessures des Vaisseaux, — par L. SENCERT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy (*avec 68 figures dans le texte et 2 planches hors texte*).

Les Fractures de la Mâchoire inférieure, — par L. IMBERT, Correspondant National de la Société de Chirurgie, et Pierre RÉAL, Dentiste des Hôpitaux de Paris. — Préface du Médecin Inspecteur général Ch. FÉVRIER (*avec 97 figures dans le texte et 5 planches hors texte*).

Les Fractures de l'Orbite *par Projectiles de guerre,* — par Félix LAGRANGE, Professeur à la Faculte de Médecine de Bordeaux (*avec 77 figures dans le texte et 6 planches hors texte*).

Les Séquelles Ostéo-Articulaires *des Plaies de guerre,* — par Aug. BROCA, Professeur d'Anatomie topographique à la Faculté de Médecine de Paris (*avec 112 figures originales*).

VOLUMES PARUS (Suite) :

La Prothèse des Amputés *en Chirurgie de guerre*, — par Aug. BROCA, Professeur à la Faculté de Paris, et DUCROQUET, Chirurgien Orthopédiste de l'Hôpital Rothschild (*avec* 208 *fig. dans le texte*).

Localisation et extraction des projectiles, — par OMBRÉDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux, et R. LEDOUX-LEBARD, chef de Laboratoire de Radiologie des Hôpitaux de Paris (*avec* 225 *figures dans le texte et* 8 *planches hors texte*).

PARAITRONT PROCHAINEMENT :

Guide pratique du Médecin dans les Expertises médico-légales militaires, — par le Médecin principal de 1re classe DUCO et le Médecin-Major de 1re classe BLUM.

Otites et Surdités de guerre. *Diagnostic; Traitement; Expertises*, — par les Drs H. BOURGEOIS, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris, et SOURDILLE, ancien Interne des Hôpitaux de Paris (*avec figures*).

Blessures de la Moelle et de la Queue de cheval. *Formes cliniques et anatomiques. Traitement*, — par les Drs G. ROUSSY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et J. LHERMITTE, Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris (*figures dans le texte et* 6 *planches hors texte*).

CHACUN DES VOLUMES DE CETTE COLLECTION EST MIS EN VENTE AU PRIX DE 4 FRANCS

COLLECTION HORIZON
PRÉCIS DE MÉDECINE ET
DE CHIRURGIE DE GUERRE

LES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

PAR

G. ROUSSY
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris

et

Jean LHERMITTE
Ancien chef de Laboratoire
à la Faculté de Médecine de Paris

Avec 13 planches hors texte

LIBRARY
MEDICAL FACULTY
McGILL
UNIVERSITY

MASSON ET CIE, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS-VIe
1917

Tous droits de reproduction,
de traduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

LES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

AVANT-PROPOS

La guerre actuelle a fait éclore une série de manifestations psycho-névropathiques, avec lesquelles les médecins étaient peu familiarisés.

On devait s'attendre en effet, depuis l'expérience des derniers conflits à l'apparition de troubles nerveux ou mentaux, comme corollaire de la « tension nerveuse », du surmenage, de la fatigue et surtout des émotions multiples auxquels sont soumis les combattants. Aussi prédisait-on pour les guerres futures les plus graves désordres psychopathiques comme devant résulter de la variété et de l'intensité des explosifs modernes.

En fait ces prévisions ne se sont pas réalisées aussi alarmantes qu'on pouvait le craindre. Sur les champs de bataille, comme dans les tranchées, nos soldats ont fait et font journellement preuve d'un équilibre nerveux, d'une santé morale remarquable et saisissante, qui sont loin de faiblir, malgré la longue durée de la campagne. Aussi, de l'avis de nos confrères des régiments, il ressort que sur la ligne de

58983

feu, les accidents psychonévrosiques sont peu fréquents, même rares.

En arrière des lignes au contraire, dans les ambulances ou les hôpitaux d'armée et plus encore à l'intérieur, ces accidents trouvent un terrain plus favorable à leur développement. Ils germent et éclosent en des formes les plus diverses, mais dont la variété n'exclut pas l'étroite parenté. Et si on a pu dire que la guerre n'avait rien créé de nouveau, en matière de psychonévrose, il n'en est pas moins vrai que leur multiplicité a quelque peu surpris les neurologistes.

Le lecteur ne doit pas s'attendre à trouver ici un Traité des Psychonévroses, ni un exposé complet des travaux parus sur la question.

Le but que nous avons poursuivi en écrivant ce volume est autre. Faisant partie d'une collection de « Précis de Médecine et de Chirurgie de guerre », nous avons voulu qu'il fût l'image et le reflet fidèles des faits recueillis tant dans les formations de triage du front que dans les hôpitaux spécialisés de l'intérieur. Traitant une des questions d'actualité en Neurologie de guerre, c'est donc surtout aux débutants dans les « Centres neurologiques militaires » que ce livre s'adresse.

En abordant un sujet si vaste, nous n'avons dû ne rappeler que brièvement les faits connus et classiques pour nous arrêter davantage aux troubles psycho-névropathiques que la guerre a particulièrement mis en lumière, soit en en multipliant le nombre, soit en modulant la symptomatologie pour lui donner des teintes d'actualité. Nous n'avons pas cru cependant sortir de notre programme en prenant nettement parti sur divers points encore en discussion; aussi, tout en conservant à notre exposé son caractère didactique, n'avons-nous pu nous défendre de faire quelquefois œuvre de combat.

La guerre en effet, en fournissant un vaste champ d'obser-

vation aux neurologistes, — tout particulièrement en matière de psychonévroses — apportait en même temps une documentation unique, telle qu'on n'en avait jamais connue jusqu'ici. De ce fait elle allait nous montrer — malgré la juste réaction tentée il y a dix ans par Babinski dans la question de l'Hystérie — combien la majorité du public médical, non spécialisé surtout, était restée fidèle aux anciennes doctrines de l'Hystérie capable de « tout faire », de « tout simuler », susceptible de reproduire aussi bien les perturbations dans le fonctionnement des organes de la vie végétative que dans ceux de la vie de relation. Une telle conception devait amener avec elle de sérieuses conséquences pratiques, particulièrement graves dans des époques comme celle que nous traversons. Aussi avons-nous jugé opportun de réagir à nouveau contre certains dogmes désuets et surannés.

Dès le début de la campagne, placés l'un et l'autre dans des milieux différents, nous nous sommes efforcés d'observer les faits dans leur réalité, en cherchant à nous libérer le plus possible des idées toutes faites. Ainsi, nous avons été amenés peu à peu à la conviction de la fausseté de la doctrine classique de l'Hystérie et de la justesse de l'œuvre accomplie par Babinski dans son ensemble, sans toutefois l'adopter entièrement sur certains points de détails, sur lesquels nous reviendrons.

Le lecteur enfin, prévenu de l'esprit dans lequel a été conçu ce petit volume, et des conditions matérielles dans lesquelles il a été écrit, ne nous tiendra pas trop rigueur des omissions qui auront pu se glisser dans la documentation bibliographique.

Plan. — Après avoir défini au début les Psychonévroses et montré en quoi elles différaient de la Simulation, nous aurons à passer en revue successivement depuis les troubles

les plus simples comme les troubles moteurs élémentaires, jusqu'aux désordres psycho-névropathiques les plus complexes, comme les troubles purement psychiques.

Après l'étude des phénomènes moteurs élémentaires, nous aborderons la question des troubles qui portent sur une fonction comme la marche, ensuite viendront les troubles sensitifs et sensoriels, puis les perturbations viscérales, déjà sensiblement plus compliquées d'interprétation.

Dans le chapitre suivant nous avons rangé les troubles psychiques, que nous avons fait précéder des crises nerveuses.

Les accidents psycho-névropathiques commotionnels par explosion de gros projectiles étant une question toute nouvelle, nous avons cru devoir reprendre dans un chapitre d'ensemble, la synthèse des différents accidents provoqués par la commotion du système nerveux, bien que leur description ait été faite, pour chacun d'eux, dans les chapitres d'analyse.

Nous terminerons enfin par une étude de l'étiologie et de la pathogénie générale des accidents psycho-névropathiques de guerre, en nous efforçant de montrer comment naissent et se développent ces différents troubles, et quels sont les facteurs de leur stabilisation.

De cette conclusion découleront les indications thérapeuthiques.

INTRODUCTION

Conception générale des Psychonévroses de guerre.

Si nous employons le terme de Psychonévrose c'est que les accidents que nous avons en vue ont tous, à quelque degré, une origine psychique, origine parfois difficile à dépister, masquée qu'elle est par des phénomènes plus bruyants mais qu'il est important de reconnaître, puisque c'est précisément en agissant sur l'élément psychopathique des névroses que l'on arrive à faire céder les troubles par lesquels celles-ci s'objectivent.

Au cours de notre étude nous emploierons parfois les termes de « troubles fonctionnels, pithiatiques, hystériques ». S'ils caractérisent des formes cliniques un peu différentes les unes des autres, ils se rattachent à un même groupe nosologique, celui des psychonévroses. Les états psycho-névropathiques, en effet, sont des états complexes dans lesquels plusieurs éléments psychiques sont mêlés.

Un des éléments fondamentaux est assurément l'élément émotionnel provoqué par « l'émotion-choc ». Mais l'émotion pour si intense qu'elle soit ne suffit point à déterminer à elle seule les accidents psycho-névropathiques.

Chez un sujet normal les phénomènes émotionnels, même violents, sont réfrénés par la volonté, la maîtrise de soi-même; puis, lorsque la cause émotionnelle a cessé d'agir, ils tombent dans l'oubli, effacés qu'ils sont par les perceptions, les préoccupations, les sentiments inspirés de la vie réelle. Il en est tout autrement chez le névropathe et principalement chez le combattant névropathe. En général émotif constitutionnellement, il le devient

rapidement du fait de l'état de guerre et des émotions nouvelles qu'elle entraîne. La répétition pour ainsi dire incessante de ces émotions ajoutée aux fatigues crée chez le prédisposé un état d'émotivité, de réceptivité émotionnelle particulière, grâce auquel, par un phénomène d'anaphylaxie mentale, le sujet devient incapable de supporter correctement le choc émotionnel.

Ce n'est pas à dire cependant que des phénomènes psycho-névropathiques suivront immédiatement le trouble émotionnel initial. Comme nous le verrons, entre l'émotion causale et l'accident psycho-névropathique s'interpose une phase silencieuse d'une durée variable, phase d'incubation ou de méditation bien connue, qui rend moins clair le rapport de causalité qui unit l'émotion au phénomène objectif de la névrose. La plupart des médecins de corps de troupe ont remarqué, comme nous, combien étaient peu fréquents les accidents névropathiques sur la ligne de feu. C'est que, profondément impressionné, ressentant au plus haut degré parfois les perturbations viscérales angoissantes de l'émotion, le sujet réagit non pas toujours volontairement, mais instinctivement poussé par cette tendance native profondément enracinée chez tous : l'instinct de conservation. Bousculé par un obus par exemple, ou frappé par une balle, le névropathe trouve encore la force de se dérober au danger. Loin d'être cloué sur place, il se gare dans un abri, dans un trou d'obus, se protège en utilisant les défilements. Transporté dans un endroit plus calme, à l'abri du danger, c'est alors que peut éclater le phénomène psycho-névropathique : la contracture, la paralysie, le tremblement, la crise convulsive, etc. Et on le comprend aisément si l'on songe qu'à partir du moment où tout danger est écarté, l'instinct de conservation perd toute son influence frénatrice sur les phénomènes émotionnels. Ceux-ci survivent à l'émotion initiale ou plus souvent peut-être celle-ci revit dans l'esprit du névropathe entraînant avec elle tous les phénomènes moteurs et viscéraux que l'on connaît.

C'est alors qu'intervient le troisième acte de la série : la *fixation* des réactions et surtout *d'une modalité de la réaction émotionnelle*. Chez l'un ce sera le tremblement, chez l'autre la paralysie, chez un autre enfin, la contracture, le mutisme ou le délire. La fixation d'une réaction émotionnelle apparaît vraiment comme la caractéristique de l'état psycho-névropathique. Qu'elle soit liée à la désagrégation de la personnalité, à l'affaiblissement

de la synthèse mentale, à la puissance imaginative du sujet ou encore à la tendance que possède toute idée à base affective de se réaliser chez le névropathe, cette fixation s'opère, n'ayant plus pour l'annihiler le frein correcteur de l'instinct de conservation. Se fixant ainsi dans l'esprit, l'attitude émotionnelle tend à échapper au contrôle de la conscience et à gagner les profondeurs de l'inconscient. Elle y parvient en général assez vite, et le phénomène objectif d'origine émotionnelle apparaît d'autant plus enraciné que son éclosion est de date plus ancienne. C'est précisément cet éloignement progressif dans le subconscient, puis l'inconscient, qui rend compte de ce fait que les phénomènes psycho-névropathiques sont d'autant plus tenaces qu'ils sont plus anciens. Ce n'est que par un effort volontaire que le patient peut reprendre conscience de l'origine émotionnelle du phénomène névropathique; or, cet effort, il est très souvent incapable de le réaliser, et cela, pour plusieurs raisons. D'abord le manque de critique, la « crédivité » du psycho-névropathe, puis son intérêt personnel, égoïste qui le porte à fuir tout danger. De telle sorte que l'instinct de conservation qui, au moment initial, corrigeait l'exubérance des réactions émotives et opposait un frein puissant au développement des phénomènes psycho-névropathiques renverse pour ainsi dire son rôle et devient alors un agent effectif de la fixation, de la persévération de l'attitude émotionnelle. Il ne s'agit pas, remarquons-le, de simulation, acte conscient et volontaire, mais d'un phénomène automatique, instinctif, égoïste, utile au sujet — mais fâcheux pour la collectivité.

Est-ce à dire que dans la genèse des accidents psycho-névropathiques émotionnels n'intervient aucun autre facteur et en particulier la suggestion? Ce serait être trop exclusif que d'admettre cette hypothèse comme il serait excessif de ne reconnaître à la base des accidents psycho-névropathiques que l'unique suggestion. Il est bien évident, en effet, que lorsque se développe, vivant et coloré, le souvenir d'une émotion vécue, un phénomène d'auto-suggestion peut se produire, surtout si la reviviscence de l'état émotionnel est provoquée par une blessure ou une lésion matérielle quelconque. Mais bien souvent l'analyse psychologique ne permet pas de retrouver dans l'esprit du sujet l'auto-suggestion morbide, c'est-à-dire une représentation mentale dont les troubles fonctionnels ne seraient que la réalisation.

Simulation et Psychonévrose.

On a donné au terme « *simulation* » des sens si différents, que nous devons chercher à déterminer la signification exacte que l'on doit scientifiquement et logiquement lui appliquer. En effet, cette appellation est souvent encore employée dans l'armée et dans le public pour désigner indistinctement toutes manifestations morbides, nerveuses surtout, ne relevant pas d'une lésion organique; on confond ainsi névroses et simulation. Combien il est fréquent d'entendre dire à propos de tel malade trembleur, sourd-muet ou paraplégique : « c'est un vulgaire simulateur ». Une telle conception implique non seulement une fâcheuse erreur nosographique, mais risque d'entraîner les plus graves conséquences au point de vue pratique.

Il faut reconnaître que c'est surtout parmi les médecins non spécialisés en neurologie, non entraînés aux multiples difficultés du diagnostic des psychonévroses, que l'on retrouve cette confusion. Ici, comme en matière d'accidents du travail, ce sont les observateurs les moins expérimentés qui voient le plus de simulateurs.

Et même parmi les neurologistes, on est loin de s'entendre toujours sur le sens propre du mot « simulation ». Nombre d'auteurs en effet, parlent de *simulation consciente* et de *simulation inconsciente*, *voulue* et *involontaire*, et du fait de l'analogie des termes, autorisent la confusion entre ce qui n'est pas et ce qui est pathologique.

La simulation exprime un *acte voulu*, *conscient*, *déterminé*, *raisonné*, acte qui dans son principe est destiné à égarer, à tromper le jugement de l'entourage du sujet simulateur.

La simulation n'est donc pas un acte pathologique mais seulement une *forme de ruse*; couramment employée dans la vie de beaucoup d'hommes, elle ne devient intéressante pour le médecin que lorsqu'elle s'applique aux malades.

De tout temps la simulation médicale a été reconnue et dépistée, et les études sont innombrables qui relatent les moyens de déceler la fraude ou la supercherie, notamment en France depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail.

La guerre actuelle devait donner un regain d'actualité à cette question et amener, comme aux premiers temps de l'application de la loi sur les accidents du travail, les mêmes flottements, les mêmes errements, et faire croire d'abord à l'éclosion d'un beaucoup plus grand nombre de cas de simulateurs qu'il n'en existait en réalité.

Le 21 octobre 1915, la Société de Neurologie de Paris, mettait à l'ordre du jour de sa réunion la question suivante : *Les procédés d'examen clinique et la conduite à tenir dans les cas où l'on peut suspecter l'Exagération ou la Simulation de certains symptômes chez les « Blessés Nerveux »*, et admettait la définition proposée par Gilbert Ballet :

Simulation. — Troubles subjectifs ou objectifs imaginés par le sujet dans le but d'induire volontairement et consciemment l'observateur en erreur.

Il faut en rapprocher :

L'*Exagération* consciente et voulue d'un trouble réel.

La *Prolongation* ou *Persévération* consciente et voulue d'un trouble réel.

On doit donc distinguer différentes formes de simulation : suivant qu'il s'agit d'une *affection provoquée*, *créée*, *exagérée* ou *prolongée*.

Le groupe des **simulateurs par maladies provoquées** (ictères picriques, dermites par tapsia, conjonctivite par tabac, etc.) ne nous retiendra pas, comme sortant de notre sujet. Nous n'aurons donc en vue que les simulateurs créateurs, exagérateurs et persévérateurs.

La simulation-création consiste à créer de toute pièce un trouble objectif, attitude vicieuse, trouble nerveux moteur ou trophique ou à alléguer un phénomène subjectif comme une algie, troubles susceptibles d'attirer sur lui l'attention, la commisération et la pitié. Si parfois, — au début de la campagne surtout — le simulateur a paru tirer de sa propre imagination les diverses manifestations de sa supercherie, le plus souvent c'est à l'ambulance ou à l'hôpital, qu'il puise ses documents et fait sa propre éducation. C'est alors un trouble fonctionnel, un accident névropathique ou une paralysie organique qu'il s'efforce de reproduire, de simuler par imitation, en cherchant ainsi à estomper sa super-

cherie et à lui donner une apparence de réalité. C'est la forme la plus commune de simulation observée dans l'armée.

Mais, hâtons-nous de le dire, les cas de *simulation-création* sont rares au cours de cette guerre, exceptionnels même de l'avis de tous les neurologistes.

La simulation-exagération tend à amplifier, dans le but de tromper, des symptômes déterminés par une lésion véritable et objective, névropathique ou organique, enfin la **simulation-persévération**, la plus banale, est faite de la continuation volontaire, pendant un temps prolongé, d'une attitude ou d'un symptôme pathologique lié à une altération matérielle, alors que celle-ci a disparu ou manifestement régressé.

A ces deux dernières formes Sicard et Cantaloube réservent le nom de « simulation de fixation ».

Ces notions préliminaires étant posées, et le sens à donner au mot simulation établi, voyons s'il est possible de distinguer les accidents simulés de ceux qui parmi les psychonévroses leur ressemblent le plus, à savoir les *accidents hystériques* ou *pithiatiques*. Faire le départ entre la simulation et l'hystérie, qu'il faut se garder de confondre avec la simulation telle que nous l'avons définie, est chose souvent fort difficile. Et cela d'autant plus que l'hystérie, la « grande simulatrice » de Charcot, reproduit, elle aussi, de plus ou moins près le tableau clinique des affections organiques du système nerveux. Distinguer l'hystérie de la simulation c'est apprécier le degré de conscience qui pénètre une attitude pathologique. Aussi a-t-on pu dire que la véritable simulation était la simulation consciente et l'hystérie une simulation inconsciente (Joanny, Roux). Et comme il est impossible dans la majorité des cas de sonder le fond de la conscience c'est donc à des arguments d'ordre moral, à défaut d'*aveu* ou de *flagrant délit*, seuls critères probants, qu'il faudra s'adresser.

Si chez certains fonctionnels il est difficile, parfois impossible, de déterminer la part que prend la conscience dans la reproduction d'une attitude pathologique par exemple, nous pensons que de l'étude minutieuse des signes cliniques (à défaut de signes objectifs) jointe à l'enquête psychologique, ressortiront des renseignements qui permettront souvent de faire un diagnostic précis, sinon dès le début, du moins après une observation prolongée.

Nous croyons donc que, dans la majorité des cas, il est possible de dépister la *simulation-création.*

Il est tout d'abord une série de manifestations névropathiques qu'il est difficile à un simulateur d'imiter complètement ; nous voulons parler des contractures, des tremblements, des spasmes, de certains troubles de la marche.

Le simulateur n'arrive pas à reproduire exactement une contracture psycho-névropathique vraie. Certes il est aisé de contrefaire une attitude vicieuse par contracture pendant un certain temps, mais à moins d'avoir été particulièrement exercé (et alors la simulation devient un véritable état pathologique, la *pathomimie* de Dieulafoy) il est impossible de garder pendant plusieurs mois, souvent plus d'un an, une contracture d'un membre.

Il en est de même des spasmes toniques ou cloniques, et des tremblements. Nous avons vu chez des soldats des pseudo-contractures par simulation comme des pseudo-tremblements, mais rien n'a été plus aisé que d'en reconnaître la vraie nature. Dans l'un ou l'autre de ces cas une surveillance de quelques heures suffit à fixer le diagnostic. Les mouvements du trembleur deviennent moins rapides, moins réguliers ; souvent le sujet se croyant mal observé, ils disparaissent complètement pendant un court instant. S'agit-il d'une contracture musculaire volontaire, le sujet présente rapidement, si on place le membre dans une attitude incommode, les signes les plus évidents de fatigue, le muscle se détend, la contraction s'épuise. C'est exactement l'inverse de la contracture ou du tremblement psycho-névropathique.

D'ailleurs, il faut l'avouer, il est bien peu de sujets qui simulent, et pour cause, une des affections dont nous venons de parler. Le plus souvent la simulation s'exerce sur une paralysie flasque ou imite un trouble d'une fonction comme la marche. Mais dans ces cas, bien que l'analyse en soit plus délicate, le diagnostic n'est pas impossible.

Lorsque le simulateur veut imiter une attitude, une démarche, toujours il *exagère*, déformant à l'excès le trouble fonctionnel, amplifiant une paralysie alors que celle-ci ne s'accompagne d'aucun amaigrissement, d'aucune amyotrophie. Il est fréquent aussi de voir le simulateur ajouter des traits, plus ou moins bien copiés d'après une affection organique, au tableau d'une paralysie flasque par exemple. Nous avons pu ainsi observer un sujet imitant

assez bien une hémiplégie organique et chez lequel existaient le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc, le signe de Babinski (extension du gros orteil). Mais rien de plus aisé que d'embrouiller le sujet et de le mettre sans qu'il s'en doute, en contradiction avec lui-même.

Pour ce qui est des psychoses, la simulation apparaît quelquefois comme particulièrement difficile à établir. Nous aurons l'occasion d'y revenir et d'insister sur cette question. Mais, ici comme là, la simulation se marque par l'incohérence excessive des manifestations que le sujet veut faire passer pour pathologiques, l'absence de syndrome défini, les réactions subjectives qui ne correspondent nullement à celles de l'état mental qu'on veut imiter.

La simulation-exagération et la *persévération* sont en général beaucoup plus difficiles, parfois même impossibles à déceler. Ici, en effet, il existe (ou a existé) un état organique défini, dont le sujet a conscience et qu'il a étudié, qu'il exploite ou perpétue, (Sicard) tantôt en l'amplifiant, tantôt en le simplifiant. Certes il est impossible d'exagérer une paralysie par lésion nerveuse périphérique ou d'y persévérer après qu'elle a rétrocédé sans qu'un examen clinique ne vienne immédiatement dépister la fraude. Mais pour les troubles subjectifs comme les algies, causes de boiteries, les lumbago, etc., ainsi que pour les paralysies incomplètes liées aux lésions commotionnelles du système nerveux central, le diagnostic est plus délicat et la distinction entre une association organo-psycho-névropathique et l'exagération de symptômes organiques ou leur complication est singulièrement malaisée. Néanmoins, par un examen prolongé et souvent répété, on y parvient souvent.

Nous ne saurions entrer ici dans le détail de l'analyse clinique nécessaire pour dépister l'amplification et la persévération et notre but a été seulement d'indiquer à grands traits les caractères de la simulation. Ce que nous avons voulu montrer surtout, c'est que le processus de la simulation s'opposait à celui des psychonévroses, et que de par la clinique, il était possible le plus souvent de les distinguer.

CHAPITRE PREMIER

LES TROUBLES PSYCHO-MOTEURS ÉLÉMENTAIRES

Les troubles moteurs d'ordre psychonévrosique, paralysies ou contractures, s'observent couramment chez les soldats depuis le début de la campagne. Dans les zones de l'avant comme dans celles de l'intérieur, on en dépiste tous les jours de nombreux exemples. Ce sont, sans conteste, les manifestations les plus fréquentes et partant les plus importantes des névroses de guerre.

Tantôt revêtant le type de paralysie flasque ou de paralysie avec contracture ces désordres moteurs se rapprochent plus ou moins des types de paralysie flasque ou spasmodique organiques : hémiplégie, paraplégie, monoplégie; tantôt — comme dans certaines contractures des mains, des pieds ou du tronc — elles défient toute systématisation centrale ou périphérique et peuvent affecter des aspects variables à l'infini.

*
* *

§ I. — PARALYSIES ET CONTRACTURES ISOLÉES OU ASSOCIÉES DES MEMBRES

Hémiplégie, Monoplégie, Paraplégie.

Malgré leur diversité, les troubles moteurs psycho-névropathiques étudiés ici ont certains caractères communs : ils apparaissent dans les mêmes conditions étiologiques, ils possèdent des signes clini-

ques particuliers et quasi pathognomoniques permettant de les différencier des affections organiques, enfin ils réagissent de façon analogue aux tentatives thérapeutiques. Aussi pouvons-nous étudier en même temps leur étiologie et leur diagnostic différentiel et n'envisager séparément chacun d'eux que dans leur aspect clinique; sans oublier toutefois que souvent des formes diverses pourront chevaucher les unes sur les autres.

Étiologie. — Les circonstances étiologiques qui entraînent le développement d'une hémiplégie, d'une monoplégie brachiale ou crurale, ou encore d'une paraplégie, sont identiques à quelque différence près.

Parfois elles reconnaissent comme origine un traumatisme physique assez violent, mais n'ayant entraîné aucune blessure grave, une commotion cérébro-spinale due à l'éclatement d'un projectile ou d'une mine à proximité, sans blessure apparente, un choc dû à l'éboulement d'une tranchée, etc.; d'autres fois la genèse de la paralysie demeure obscure et c'est sans aucun choc moral ou physique que se développent les troubles fonctionnels. Il n'est pas exceptionnel que ces paralysies ou contractures soient précédées de douleurs plus ou moins vagues dans les articulations des membres qui sont frappés. Souvent d'une ténacité extrême, elles sont à la base d'un grand nombre de paralysies qui semblent en apparence s'être spontanément développées. Parfois enfin, c'est à l'hôpital, au cours d'une maladie infectieuse contractée dans les tranchées, que se développent les troubles moteurs.

Le point d'application du traumatisme n'a aucune importance sur le lieu de développement de la paralysie : une blessure du moignon de l'épaule aussi bien qu'un traumatisme de la main peut suffire à provoquer l'impotence absolue du membre supérieur. Parfois même c'est à grande distance qu'on retrouvera la cicatrice qui témoigne de la réalité du traumatisme initial. De même, l'intensité du traumatisme n'est en rien proportionnelle à l'intensité de la paralysie; au contraire, il semble que dans la majorité des faits, ce soient les traumatismes ou les blessures les plus insignifiantes qui provoquent les paralysies fonctionnelles névropathiques les plus graves.

Le **début** de ces troubles moteurs est très sensiblement le

même, quelle que soit la forme envisagée. Tantôt ils apparaissent immédiatement après le traumatisme, au moment où le malade se remet du choc émotionnel auquel il vient d'être soumis (traumatisme local, enfouissement, etc.), ou encore, s'il a perdu connaissance, au moment où il revient à lui, au poste de secours ou dans les divers échelons du Service de Santé. Souvent enfin l'hémiplégie, la monoplégie ou la paraplégie n'apparaissent que quelques jours plus tard et pendant cette période, *phase de méditation* de Charcot, le sujet ne présente que des phénomènes diffus en rapport avec un désordre physique et psychique occasionné par le traumatisme : douleurs plus ou moins irradiées, phénomènes vertigineux par suite de commotion labyrinthique (Lhermitte), asthénie générale relevant à la fois de la fatigue accumulée et de l'ébranlement cérébro-spinal commotionnel ou émotionnel.

Aspect clinique. — Étudions successivement les principaux types cliniques sous lesquels peuvent se présenter les paralysies.

Hémiplégie hystérique. — Très sensiblement moins fréquente que la paraplégie ou les monoplégies de même nature, l'*hémiplégie dite hystérique* ou mieux l'*hémiparésie hystérique* est loin d'être une rareté. Cependant on peut dire que la guerre n'en a pas très notablement multiplié les cas. En effet, si l'on considère seulement ceux directement en rapport avec les traumatismes physiques ou psychiques afférents à la guerre, leur nombre est assez restreint.

L'hémiplégie hystérique est rare à la suite de la blessure d'un membre, ce qui se conçoit si l'on songe que le traumatisme local borne son action à fixer sur une région limitée de l'organisme le trouble fonctionnel à base affective lié à l'émotion et à la représentation de l'émotion. Plus curieux sont les faits dans lesquels la parésie de la moitié du corps apparaît consécutivement à une blessure cranienne légère, non pas banale, mais portant sur la région du crâne qui recouvre les centres moteurs des membres frappés de parésie ou de paralysie. Nous y reviendrons plus loin.

Les traits sous lesquels se présente l'hémiplégie dite hystérique sont trop connus pour que nous ayons à y insister ici, tous les faits observés depuis la guerre rentrant dans le type classique.

On sait que l'hémiplégie hystérique se traduit exceptionnelle-

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

—

Figure 1. — **Hémiplégie hystérique gauche.** — *Tho... Mau..., maréchal des logis, ...e cuirassiers. — Hospice de Villejuif, 25 janvier 1915.*

Début à la suite de fatigue et d'émotion en novembre 1914 par impotence du côté gauche. Paralysie complète du membre supérieur gauche, parésie du membre inférieur. Anesthésie (du type hystérique) du membre supérieur gauche, et du membre inférieur jusqu'à mi-cuisse. Démarche en draguant. Réflexes plantaires en flexion des deux côtés.

Sorti guéri, au bout de 6 mois, a pu reprendre son service et monter à cheval.

Dans les antécédents, on trouve à l'âge de 16 ans 1/2 un accident semblable du même côté ayant duré un mois.

Figure 2. — **Monoplégie crurale droite à type pseudo-coxalgique.** — *Mau... Ad..., ...e rég. d'inf. — Hospice de Villejuif, 9 février 1915.*

Blessé le 9 septembre 1914. Plaie en séton de la région supérieure de la cuisse droite. Tous les mouvements actifs se font aussi bien à droite qu'à gauche. La force est un peu diminuée à droite, surtout dans l'extension de la jambe. Réflectivité normale. Claudication légère; porte la pointe du pied en dehors. La plante du pied repose tout entière sur le sol. A son entrée le malade présentait une anesthésie complète, absolue et totale de tout le membre jusqu'à l'ombilic : cette anesthésie a disparu le jour même de son entrée, sous l'influence d'une faradisation cutanée énergique. Guérison complète de la boiterie par rééducation et électricité en un mois.

Figures 3 et 4. — **Astasie-abasie psycho-névropathique, consécutive à une commotion par éclatement d'obus.** — *Bour..., 25 ans. — Le malade ne peut s'avancer que les yeux fixés sur le sol. La marche est entrecoupée de mouvements de latéropulsion. Démarche du funambule.*

Figure 5. — **Paraplégie névropathique spasmodique consécutive à une commotion par explosion d'obus.** — *Am..., 33 ans. — Centre Neurologique de la VIIIe région.*

Réflexes tendineux et cutanés normaux. Le sujet s'avance à grands pas et maintient le tronc absolument rigide.



Figure 1. — Hémiplégie hystérique gauche.

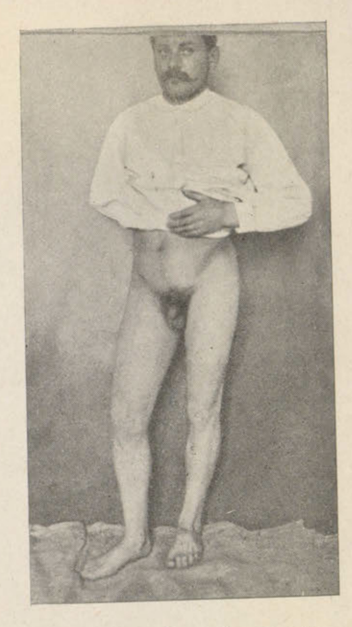
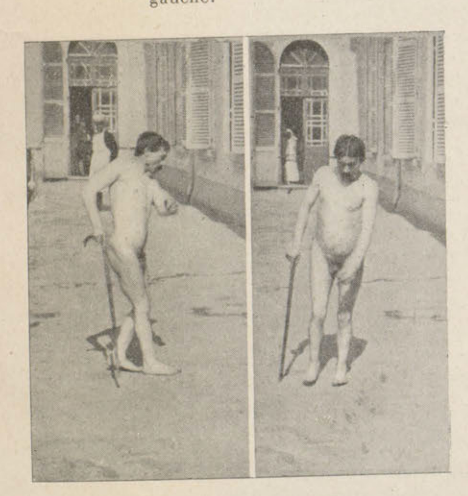


Figure 2. — Monoplégie crurale droite hystérique.



Figures 3 et 4.
Astasie-abasie psycho-névropathique.

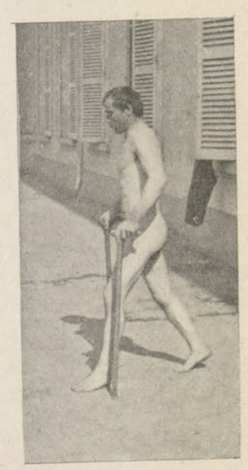


Figure 5. — Paraplégie névropathique spasmodique.

ment par une paralysie motrice absolue des membres supérieur et inférieur.

La marche est possible au moyen d'une canne ou de béquilles; elle est assez spéciale : *démarche en draguant*; le membre inférieur racle le sol avec la pointe du pied, le tronc s'incline et plonge à chaque pas sur le membre parésié.

Quant au membre supérieur, il est très souvent plus atteint que l'inférieur; pendant le long du tronc, il est incapable d'aucun mouvement volontaire. La face ni la langue ne participent à la paralysie et l'apparente paralysie faciale que l'on constate parfois est, en réalité, due à un spasme tonique glosso-labié du côté opposé. Ce spasme s'accuse non seulement par une contracture permanente des muscles de la face et de la langue du côté opposé à la paralysie, mais encore par des contractions cloniques des muscles contracturés. L'origine de la déviation des traits s'affirme encore par ce fait que, dans les mouvements mimiques involontaires, automatiques, les deux moitiés de la face se contractent synergiquement et que toute asymétrie disparaît.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, la tonicité musculaire est égale des deux côtés. Cette règle toutefois comporte quelques exceptions qu'il serait dangereux de méconnaître. Si la névrose est incapable à elle seule de provoquer des modifications dans le régime des réflexes tendineux et cutanés, ce n'est pas à dire que ceux-ci ne puissent être modifiés dans l'hémiplégie purement névropathique, au cas où celle-ci est de date assez ancienne. Consécutivement à la longue inactivité fonctionnelle, les muscles des membres parésiés s'atrophient manifestement et l'on constate alors une inégalité des réflexes tendineux et osseux, ceux-ci étant plus vifs du côté de l'hémiplégie, sans toutefois s'accompagner de clonus vrai du pied ni de danse de la rotule. C'est là une manifestation d'une loi très générale que les atrophies musculaires simples secondaires à l'immobilité, ou d'ordre réflexe (arthropathies, fractures) s'accompagnent d'une exaltation de la réflectivité tendino-osseuse.

La constatation d'une inégalité des réflexes tendineux et osseux ne doit donc pas imposer *ipso facto* le diagnostic d'hémiplégie organique lorsque la paralysie se double d'amyotrophie.

Pour ce qui est des réflexes cutanés plantaires, crémastériens, abdominaux, s'ils demeurent normaux, dans la majorité des cas, il

est possible d'observer leur disparition (Dejerine, Sollier, Paulian, Lhermitte). Mais dans ces faits, l'hémiplégie s'accompagne toujours d'une anesthésie cutanée très accusée et c'est de celle-ci que dépend en partie l'abolition de la réflectivité cutanée. Jamais le réflexe cutané plantaire n'est inversé et l'extension du gros orteil permet d'exclure, à coup sûr, l'hypothèse d'une paralysie fonctionnelle.

L'hémiplégie hystérique se double très fréquemment de troubles de la sensibilité sur lesquels nous reviendrons plus loin (*hémianesthésie dite hystérique*).

Dans ces dernières années, on a décrit en France et à l'étranger une série de symptômes différentiels de l'hémiplégie hystérique d'avec l'hémiplégie organique et l'un de nous (Lhermitte) a proposé de les grouper sous le terme de *petits signes de l'hémiplégie organique* : *a*) hyperextension de l'avant-bras sur le bras liée à l'hypotonie musculaire ; — *b*) signe du peaucier du cou (absence de contraction de ce muscle du côté paralysé) ; — *c*) mouvement associé de flexion de la cuisse et du bassin (flexion spontanée de la cuisse sur le bassin lorsque le sujet assis se jette brusquement en arrière, dans le décubitus dorsal (Babinski) ; — *d*) signe de l'opposition complémentaire (Hoover) ; lorsqu'on demande au malade d'élever le membre paralysé au-dessus du plan du lit il exécute un mouvement opposé du membre sain lequel appuie fortement contre le matelas ; — *e*) signe de la cuisse large d'Heilbronner où l'hypotonie se traduit par l'élargissement transversal de la cuisse ; — *f*) la flexion des orteils par percussion légère de la plante du pied (Rossolimo) ; — *g*) la flexion des petits orteils par percussion à l'aide du marteau de la face dorsale du cuboïde (Mendel-Bechterew) ; — *h*) l'extension du gros orteil par friction profonde des muscles du mollet (Oppenheim), ou par pincement du tendon d'Achille (signes de Schäffer, de Gordon) ; — *i*) enfin la pression transversale du tarse ou la flexion forcée des orteils provoque un retrait du membre inférieur même lorsque ce dernier est complètement incapable d'aucun mouvement volontaire (signe des raccourcisseurs de Pierre Marie et Foix).

Tous ces signes font défaut dans l'hémiplégie dite hystérique.

L'*hémiplégie hystérique avec contracture* ou mieux *l'hémi-contracture hystérique* se développe *uno tempore* ; brusquement les membres semblent s'enraidir ou sont entièrement contractés.

Contrairement à ce qui a lieu dans l'hémiplégie spasmodique organique, ce n'est pas après une phase de paralysie qu'apparaît l'état d'hypertonie, mais d'emblée.

Cette hémi-contracture se développe suivant deux aspects :

a) L'un caractérisé par une contracture intense des membres supérieur ou inférieur, contracture poussée à un degré tel que tout mouvement passif est impossible. Le membre inférieur est en extension, le pied en varus équin, absolument raide. Quand au membre supérieur, il prend une attitude de flexion ou d'extension, mais le type de flexion est plus communément observé.

b) L'autre, dans lequel l'hémiplégie apparaît tout ensemble spasmodique et flasque. Spasmodique par l'attitude du membre inférieur contracturé; flasque par celle du membre supérieur pendant le long du corps, absolument inerte. La contracture du membre inférieur peut être très accusée soit à type de flexion, soit à type d'extension. Dans ces faits, la face reste en général absolument indemne.

L'analyse du mouvement dans la parésie, « l'inactivité fonctionnelle » hystérique ou psychonévrosique a été faite récemment en détails par Henri Claude et R. Porak au moyen de l'ergographie.

Chez l'hystérique, le mouvement le plus simple, la flexion du médius par exemple, se fait mal, il apparaît nettement dysharmonique. Avec un poids sous-maximal, la ligne ascendante du tracé est irrégulière; faite de saccades, de soubresauts, elle donne l'impression d'une sorte d'affolement de l'influx nerveux qui brusquement se décharge alternativement dans les muscles agonistes et antagonistes du mouvement. Le sommet des courbes du tracé est irrégulier, lent, traînant et la ligne descendante également irrégulière, entrecoupée de saccades représentant des décharges musculaires au moment de la décontraction.

Si l'on s'adresse à l'épreuve de la contraction volontaire maintenue ou, en d'autres termes, si l'on étudie le graphique qui traduit l'effort musculaire statique, on constate chez le névropathe hystérique une faible hauteur du plateau, sa grande étendue si l'effort demandé est minime, des irrégularités au moment de la décontraction.

Les phénomènes paralytiques, spasmodiques, les troubles de la sensibilité, ne constituent pas tout le tableau de l'hémiplégie

fonctionnelle, il faut y joindre les *troubles trophiques et vaso-moteurs*, *les perturbations des réactions électriques des nerfs et des muscles*, sur la nature desquels il s'agit de s'entendre.

L'ancienne conception de l'hystérie admettait sans conteste l'existence de ces troubles musculaires, tendineux, cutanés que Babinski a très justement ramenés à leur véritable cause : la *simulation* ou la *supercherie*.

Ce que l'on voit dans l'hémiplégie hystérique ancienne, comme du reste dans toute paralysie ayant duré un certain temps, ce sont : du côté des muscles, des amyotrophies diffuses, sans D. R. ; du côté des os, des décalcifications avec raréfaction des trabécules osseux. Enfin, au point de vue électrique, une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs paralysés depuis un certain temps; les secousses musculaires restant franches et brusques.

Rumpf a donné récemment comme caractères de la contraction provoquée dans l'hémiplégie de l'hystéro-traumatisme la production d'un tremblement fibrillaire d'abord isolé et limité au faisceau directement excité. Trémulation musculaire rappelant l'ondulation d'un champ de blé sous la houle du vent. L'application de glace, le refroidissement du membre provoque également ce phénomène. Mais le signe de Rumpf est loin d'être constant dans l'hémiplégie hystérique; on peut d'autre part l'observer souvent dans l'hémiplégie organique (Pierre Marie). Enfin le refroidissemenl artificiel du membre ou du muscle paralysé suffit parfois à faire apparaître le phénomène; il est donc légitime d'admettre que l'hypothermie fréquente du membre paralysé suffit, à elle seule, à provoquer la trémulation musculaire après fatigue.

Quant aux troubles vaso-moteurs, *abaissement de la température*, *cyanose des extrémités paralysées*, *hypersudation*, *œdème*, etc., ils résultent eux aussi de l'inactivité fonctionnelle. Ce qui le prouve, c'est qu'ils disparaissent très vite, lorsqu'on guérit par psychothérapie une paralysie ou une contracture hystérique. Nous reviendrons plus loin du reste sur cette question.

Quoi qu'il en soit, troubles vaso-moteurs ou trophiques ne sauraient être considérés comme des manifestations d'ordre névropathique, mais bien comme des troubles organiques liés à l'immobilisation.

Quant aux *œdèmes segmentaires* francs que tous les neurolo-

gistes ont pu voir au cours de la guerre actuelle, ils doivent immédiatement faire penser à la simulation et faire rechercher la trace d'une striction. D'ailleurs ces *œdèmes par striction*, comme les dénomme fort justement Sicard ne s'observent pas dans l'hémiplégie hystérique, mais bien dans les cas de monoplégie brachiale pure ou même chez des blessés qui ont conservé leur motilité à peu près intacte.

Monoplégie et paraplégie hystériques. — Beaucoup plus fréquents que les manifestations psychonévrosiques du type hémiplégique, sont les troubles moteurs localisés aux membres, supérieur ou inférieur, *monoplégie brachiale*, *crurale*, ou aux deux membres inférieurs, *paraplégie*. Le nombre de ces faits observés durant cette guerre est considérable, et la question du diagnostic et du traitement de ces paralysies d'ordre psychique se présente si souvent à l'observation médicale qu'ils doivent nous arrêter quelque temps.

Monoplégie brachiale. — Elle peut affecter deux types : flasque ou spasmodique; le premier sensiblement plus fréquent que le second.

1° Dans le **type flasque**, la paralysie est complète et absolue; aucun mouvement actif n'est possible; le membre supérieur est tombant, oscillant comme une masse inerte le long du corps quand le malade se déplace.

L'épaule est abaissée, l'avant-bras en extension passive, la main également en extension avec les doigts allongés et en adduction. Le malade est incapable de faire le mouvement élémentaire le plus simple, et lorsque le membre immobile prend, du fait de la pesanteur, une position gênante, le malade le replace dans une situation plus favorable à l'aide du membre sain.

Si l'on commande avec énergie au sujet d'exécuter tel ou tel mouvement élémentaire, il n'y parvient pas, le membre reste inerte, mais parfois on voit se dessiner sous la peau une ondulation, un tressaillement musculaire, souvent dans des muscles qui logiquement ne doivent pas participer au mouvement commandé (fait important pour le diagnostic).

2° Dans le **type avec contracture**, plus rare que le type

flasque, le membre est fixé, soit en flexion, soit en extension. Les muscles sont fortement contracturés, saillants sous la peau, durs au toucher. Aucun mouvement n'est possible, ni actif, ni passif, en dehors des mouvements de l'articulation de l'épaule qui peuvent être conservés. Contrairement aux contractures organiques, tout effort pour mobiliser le membre non seulement reste sans effet, mais exagère l'intensité de la contracture. Il en est de même de l'application de la bande d'Esmarck qui, comme l'a montré Brissaud, fait céder les contractures organiques mais exagère les contractures inorganiques.

Monoplégie crurale. — La monoplégie crurale est sensiblement moins fréquente, d'après notre expérience personnelle, que la monoplégie brachiale.

1° **La forme flasque** surtout est rare et presque jamais complète ; toujours le sujet reste capable d'exécuter quelques mouvements volontaires, et de marcher avec l'aide de béquilles ou de cannes. Fait à remarquer : dans le mouvement automatique de la marche, on voit tels muscles se contracter qui demeuraient inertes lorsque le sujet était couché et qu'on explorait sa motilité ; ceci, au contraire, est très exceptionnellement noté dans une monoplégie organique.

2° **La forme avec contracture** est banale. Elle représente un des types les plus fréquents des névroses de guerre.

α) Dans le *type de flexion*, la jambe est fléchie sur la cuisse, mais incomplètement, et celle-ci sur le bassin ; l'appui sur le sol ne se fait que par le talon antérieur du pied. La marche est pénible, lente, et s'accompagne d'une boiterie particulière. Tous les muscles contracturés sont durs au toucher et forment sous la peau des reliefs saisissants. Les mouvements actifs comme les mouvements passifs sont extrêmement limités et en général il est impossible, même en déployant une grande force, d'obtenir la correction de l'attitude vicieuse.

β) Dans le *type d'extension*, le membre inférieur apparaît dans la rectitude absolue, tous les segments sont étendus, même le pied, lequel, comme dans la forme précédente, ne repose sur le sol que par le talon antérieur. Il en résulte que la marche n'est

possible que grâce à l'élévation du bassin du côté malade, élévation qui s'accompagne nécessairement d'une courbure vertébrale à convexité dirigée du côté sain. Parfois, le pied n'est pas contracturé en extension, mais immobilisé dans une position voisine de la position normale, très légèrement étendu. Dans ces conditions, la marche est plus aisée et la contracture ne s'accompagne pas de déviation vertébrale.

Toutes les formes de contractures que nous venons de décrire peuvent, à un moment donné, se compliquer de rétractions musculaires. Aussi, Charcot avait-il expressément recommandé de ne pas laisser « flâner » les contractures hystériques.

Paraplégie. — Le syndrome paraplégique constitue, parmi les troubles moteurs élémentaires, la plus banale et peut-être la plus fréquente des manifestations de la névrose de guerre. Nous n'envisageons pas ici les troubles de la marche plus ou moins variés que nous étudierons plus loin, mais la véritable paraplégie dégagée de tout phénomène surajouté.

1° S'agit-il de la **forme flasque**, la plus fréquente, les membres inférieurs reposent en extension sur le lit; malgré tous ses efforts apparents, le sujet est incapable, non seulement de les mouvoir, mais encore de faire contracter même faiblement aucun muscle. C'est avec l'aide des membres supérieurs que le malade transporte, comme des objets inertes, ses jambes paralysées. Tous les mouvements passifs se font avec la plus grande facilité. Assez souvent, la marche reste possible avec l'aide de béquilles. Dans ce cas, il importe d'étudier avec soin la motilité du membre inférieur pendant la marche, car elle peut fournir des renseignements intéressants. On voit en effet que, lors de la progression en avant, les membres inférieurs exécutent régulièrement les mouvements nécessaires, bien qu'avec peu de force, et que certains muscles, incapables d'une contraction volontaire lorsque le sujet est dans le décubitus dorsal, se contractent assez énergiquement pendant l'exercice automatique de la marche.

2° **La paraplégie avec contracture** ne se réalise que suivant un type : celui d'*extension*. Les deux membres sont accolés en adduction, les genoux se touchent, s'entre-croisent un peu comme

dans la paraplégie spastique de l'enfance (syndrome de Little) ; les pieds participent à l'extension générale et sont en varus équin. Les essais de mobilisation ne font qu'accentuer les contractures.

Souvent les muscles sacro-lombaires apparaissent également contracturés, saillants de chaque côté de la colonne vertébrale ; dans ces cas la colonne lombaire est comme une barre rigide, le tronc suit le mouvement des membres inférieurs.

Dans certains cas paradoxaux, comme le sont souvent les paralysies psychonévrosiques, la paraplégie n'est à proprement parler ni spasmodique ni flasque, mais tout ensemble flasque et spasmodique. Dans le décubitus dorsal le sujet peut exécuter quelques mouvements simples des membres inférieurs : ceux-ci sont souples, parfois même légèrement hypotoniques, mais vient-on à placer le malade debout soutenu par deux aides, ses jambes se raidissent, les muscles saillent sous la peau et la progression s'effectue, les membres inférieurs en extension complète, sans aucune flexion du genou.

Les associations organo-fonctionnelles sont extrêmement fréquentes et telle paraplégie qui, à première vue, semble exclusivement fonctionnelle est faite en réalité de deux sortes de phénomènes, les uns organiques, les autres névropathiques. Il en est ainsi parfois dans les anciennes commotions de la moelle.

A son début, la paraplégie est en rapport avec une lésion médullaire témoignée par les signes classiques et caractéristiques, puis, lorsque ceux-ci sont effacés, la paralysie demeure ce qu'elle était, quelquefois même s'accentue. A part une certaine vivacité des réflexes tendineux, il est impossible de retrouver aucune manifestation organique et cependant l'impotence demeure complète. L'anesthésie des membres inférieurs est absolue et remonte jusqu'au plan sous-ombilical. La marche est difficile et, pendant cet exercice, les membres inférieurs sont envahis par des contractures prononcées. Parfois même, nous l'avons constaté, la démarche est sautillante et spontanément, ou à la suite de manœuvres, on constate l'existence d'un faux clonus de la rotule ou du pied.

Il existe enfin des faits rares dans lesquels la paraplégie avec contracture est organique dans un membre et névropathique dans l'autre et le même sujet présente d'un côté la série des signes spasmodiques et, de l'autre, le faux clonus et le tremblement hystérique.

L'évolution des monoplégies comme celle des paraplégies fonctionnelles est variable suivant les formes cliniques qu'elles revêtent et selon qu'elles sont ou non pures de tout mélange organique.

Toutes les formes pures doivent guérir complètement, à condition d'être traitées comme il convient. Cependant les paraplégies névropathiques sont particulièrement sujettes aux récidives.

Diagnostic différentiel. — Nous rappellerons d'abord les principaux caractères qui appartiennent en propre aux paralysies d'ordre psychique et permettent de les différencier des affections organiques.

Pour faire ce diagnostic, on attachera de l'importance aux notions suivantes, tirées des conditions d'apparition, des modes d'extériorisation des troubles moteurs névropathiques, de la recherche et de l'absence des signes somatiques, de l'étude psychologique du sujet, de l'évolution et des résultats thérapeutiques.

1° *Les troubles moteurs névropathiques* sont la plupart du temps liés directement à un traumatisme de guerre, ils débutent soit immédiatement après le choc commotionnel ou émotionnel, soit après une phase de méditation de quelques jours.

2° *Au point de vue clinique*, les paralysies fonctionnelles s'extériorisent d'une façon bruyante et plus apparente que les troubles moteurs organiques : paralysie flasque, toujours plus absolue; contracture d'emblée, non précédée d'une paralysie flasque toujours très prononcée, qui déforme le membre à l'excès. Ces contractures offrent des variations multiples, elles s'accompagnent d'une perte complète de l'élasticité musculaire et ne cèdent pas à la bande d'Esmarck.

3° *Les signes contingents* comme les douleurs, les troubles sensitifs objectifs manquent rarement.

4° Au cours de *l'exploration du membre ou des membres paralysés*, on notera avec soin les efforts faits par les malades, en cas de contractures, pour empêcher les mouvements de leurs articulations immobilisées, souvent même c'est une contracture des muscles antagonistes que l'on verra se produire.

5° *L'absence complète de toute modification de la réflectivité tendineuse et cutanée, du clonus de pied, l'absence de troubles vaso-moteurs, trophiques, sympathiques, d'atrophie muscu-*

laire, de modification des réactions électriques (exception faite pour les cas anciens avec longues immobilisations) constituent des signes fondamentaux.

6° On attachera enfin beaucoup d'importance à *l'étude psychologique du malade*, à la façon dont il fait le récit de son accident, à l'importance qu'il attache à l'affection dont il est, ou dont il se dit atteint, au manque de désir et d'espoir de guérison dont il fait preuve, et enfin à la façon dont il réagit vis-à-vis des tentatives thérapeutiques (résistance, crise nerveuse, tremblement, crise de larmes, etc.).

Il serait hors de propos de passer ici en revue toutes les affections organiques qui peuvent prêter à confusion. Nous nous bornerons à signaler quelques faits un peu nouveaux, tirés de l'observation neurologique de guerre.

Pour l'**hémiplégie**, le diagnostic différentiel est facile grâce aux nombreux signes qui permettent de reconnaître l'hémiplégie fonctionnelle de l'hémiplégie organique. En pratique, ce sont surtout les cas d'association hystéro-organique, hémiparésie psychique développée à l'occasion d'une lésion encéphalique qui offre des difficultés.

Il s'agit, par exemple, d'un blessé atteint par un coup de feu dans une région cranienne « indifférente » (lobe frontal, lobe occipital droit); le sujet présente une hémiplégie flasque complète sans troubles apparents de la réflectivité; la face n'est pas prise; le diagnostic d'hémiplégie hystérique semble s'imposer, l'évolution même de l'affection paraît légitimer cette interprétation; sous l'influence de la suggestion, les phénomènes paralytiques rétrocèdent vite, mais la guérison n'est pas obtenue. On tient le sujet pour un exagérateur ou un simulateur et on le renvoie à son corps avec une note sévère. Au bout de quelque temps, le blessé est renvoyé dans un centre neurologique en vue d'un nouvel examen. On constate alors les petits signes de la série organique : le signe de l'éventail, le phénomène d'Oppenheim, le réflexe de Mendel-Bechterew, la diminution des réflexes cutanés abdominaux et crémastérien du côté hémiplégié alors que la sensibilité est normale; c'en est assez pour justifier le diagnostic de lésion organique du faisceau pyramidal.

D'autres fois il s'agit d'un blessé atteint d'une monoplégie bra-

chiale organique et chez lequel le membre inférieur homologue est lui aussi paralysé. Mais tandis que l'on relève des modifications des réflexes, de la contractilité électrique (au cas de lésion radiculaire par exemple), dans le membre supérieur attestant l'origine organique de la paralysie, tout symptôme de cet ordre fait défaut dans le membre inférieur. Le phénomène de l'opposition complémentaire est absent. Nul doute alors : on est en présence d'une association hystéro-organique, la paralysie du membre supérieur est organique, celle du membre inférieur est purement fonctionnelle.

Il en est de même pour les **monoplégies** ou les **paraplégies**. Certains traumatismes craniens portant sur le pariétal peuvent engendrer une monoplégie crurale flasque d'ordre psychique ou plus souvent spasmodique qui pour un observateur insuffisamment prévenu risque d'en imposer pour une monoplégie organique, et cela d'autant plus que le traumatisme a porté sur une région osseuse assez proche de la zone corticale motrice et que celui-ci a pu laisser un témoignage sous forme d'une légère dépression de la table externe de l'os. Mais, contrairement à la monoplégie organique, c'est immédiatement que la contracture hystérique s'est établie, excessive, déformant complètement le pied ou s'accompagnant d'une rotation de tout le membre en dehors. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux et la sensibilité n'est en rien troublée comme dans les altérations cérébrales.

Il peut paraître paradoxal de faire le diagnostic entre l'hémiplégie avec contracture et le *tétanos*. Cependant il est certaines formes de l'infection tétanique, chroniques et limitées, pour lesquelles l'erreur pourrait être commise.

Dans les cas où le doute serait permis, comme dans l'*hémitétanie hystérique* de Boker, en raison de l'exaltation des réflexes tendineux et osseux qui est constante dans le tétanos chronique (Claude et Lhermitte), et qui s'accompagne très souvent de clonus légitime du pied et de danse de la rotule avec parfois signe de Babinski et signe de l'éventail, la constatation du trismus même ébauché, de la contracture des muscles abdominaux, de l'hyperexcitabilité excessive des nerfs et des muscles aux courants électriques (Claude et Lhermitte) viendrait trancher le diagnostic en faveur de l'infection tétanique.

Enfin, il y a lieu de soulever ici la question des *paralysies* ou *contractures* dites *d'habitude*, que certains auteurs ont séparées nettement des troubles moteurs hystériques. Il ne s'agit pour nous que d'une différence de nuance, bien difficile à établir souvent. Qu'une monoplégie crurale ou brachiale, qu'une paraplégie fonctionnelle soit survenue d'emblée chez un sujet, sans épine organique antérieure, ou qu'elle se soit installée, au contraire, à la suite d'une épine organique, névrite du plexus brachial, névrite sciatique ou lésion discrète de la queue de cheval, l'impotence motrice de prolongation ou de persévération, relève dans l'un et l'autre cas d'un trouble ou d'un défaut de représentation psychomotrice. Ce sont des sujets qui, plus ou moins inconsciemment, ont continué à ne pas se servir d'un membre, à persévérer dans une attitude vicieuse, à boiter malgré la disparition complète de toute lésion organique. A cette variété de troubles moteurs appartiennent les *boiteries d'habitude*, sur lesquelles nous reviendrons à propos des troubles de la marche.

*
* *

§ II. — PARALYSIES ET CONTRACTURES LIMITÉES A UNE RÉGION ANATOMIQUE OU A UN GROUPE MUSCULAIRE.

Les troubles moteurs élémentaires, à type de paralysie ou de contracture, limités à une région circonscrite comme le pied, la main, l'épaule, le tronc, le cou ou à un groupe musculaire sont d'observation courante en neuropathologie de guerre.

Acro-paralysies et acro-contractures.

Sous ce terme on désigne les paralysies et les contractures qui restent limitées au pied ou à la main. La guerre actuelle les a vues éclore innombrables et variées.

Les causes qui les provoquent vont depuis le simple effleurage, la contusion la plus légère jusqu'à la véritable blessure; d'autre fois, plus rarement, leur apparition se fait quasi-spontanément

sans cause bien déterminée, précédée parfois de légères arthralgies ou de vagues douleurs.

1° **La paralysie** complète, absolue de la **main** ou du **pied** est rare, la parésie est extrêmement banale.

La **main** en général tombante, molle, flasque, comme dans la paralysie radiale, forme avec l'avant-bras étendu un angle droit. La flexion des doigts est également impossible à exécuter, seul le pouce garde quelques mouvements volontaires limités. Très souvent le mouvement demandé est remplacé par une série d'oscillations de grande amplitude, sorte de tremblement plus ou moins rapide et qui présente un grand intérêt, car il est absolument pathognomonique. Il est l'expression de la contraction des antagonistes du mouvement commandé. Et l'on voit tel muscle, qui volontairement est incapable de toute contraction, se dessiner sous la peau, luttant effectivement et par saccades contre l'action des agonistes qui eux aussi répondent non par une contraction régulière, mais par des contractions nettement saccadées.

Si l'on prend l'avant-bras et qu'on lui imprime des mouvements brusques, la main suit le mouvement, inerte à la manière d'une main de polichinelle. Le plus souvent toutefois la tonicité des muscles paralysés demeure normale, mais dans certains cas anciens nous avons relevé une hypotonie musculaire n'atteignant pas le degré de l'hypotonie des muscles réellement paralysés. Au palper, la main est souvent froide, moite et cyanosée. Très généralement la peau de la main, et souvent même de l'avant-bras, est analgésique et hypoesthésique au toucher.

Au **pied**, la paralysie se réalise toujours en pratique suivant le même mode : pied tombant en varus équin, analogue au pied bot par paralysie du sciatique poplité externe avec steppage dans la marche.

Lorsqu'on examine de près un de ces pieds bots varus équins, on constate que la pointe du pied est abaissée et que la plante est légèrement tournée en dedans. Le sujet est incapable non seulement d'exécuter un mouvement de flexion dorsale du pied, mais également le mouvement d'extension. Tous les mouvements passifs sont aisés, favorisés dans les cas anciens par une légère hypotonie.

De même que dans l'hémiplégie et la paraplégie hystériques on

EXPLICATION DE LA PLANCHE II

—

Figure 1. — **Paralysie radiale hystérique gauche. Contracture du membre inférieur droit datant d'un mois.** — *Mad... Had. Mé...* — *Hospice de Villejuif, 5 février 1915.*

Blessé le 2 janvier 1915. Cicatrice de plaie par coup de baïonnette, sur la face antérieure de la cuisse droite. Cicatrice de plaie par coup de lance de la face dorsale du pied droit. Plaie par balle de la paume de la main gauche. Attitude de la main gauche tombante en flexion sur l'avant-bras, les doigts en extension. Sensibilité : anesthésie et analgésie en manchette, remontant jusqu'au pli du coude.

Au membre inférieur droit parésie et contracture de la cuisse et la jambe. Réflectivité normale. Pas de troubles de la sensibilité.

Sorti guéri en mai 1915.

Figure 2. — **Contracture hystérique de l'index et du pouce droit.** — *Rau... Em., ...e rég. inf.* — *Hospice de Villejuif, 15 janvier 1915.*

Blessé le 24 août 1914. Plaie par éclat d'obus de la face externe du bras droit. Pas de lésion articulaire. Contracture en flexion permanente de l'index et du pouce droit depuis plusieurs mois.

La contracture a cédé à la première séance de traitement psycho-électrique.

Figures 3 et 4. — **Contracture en varus équin du pied gauche datant de 5 mois.** — *Supp... Aug. : 21 ans, ...e bat. chass. à pied.* — *Centre Neuro-Psych. du D. A. L.; 30 août 1916.*

Blessé le 16 mars 1916, au cours d'exercices d'attaques, au niveau de la malléole interne gauche. Phlegmon et adénite inguinale; un mois d'hôpital. Avant l'abcès le pied commençait à se tordre en dedans; une fois l'abcès guéri la contracture s'installe définitive.

A l'entrée contracture irréductible, réflexes rotuliens et achilléens plus vifs à gauche; légère amyotrophie des muscles du mollet. Pas de troubles vaso-moteurs appréciables. Pied et jambe (p. inf.) un peu plus chauds à gauche.

Guérison de la contraction en une séance de traitement psycho-électrique. Douleur et gonflement persistent le soir, suite de fatigue. Sorti guéri le 12 octobre 1916.



Fig. 1. — Paralysie radiale gauche hystérique.

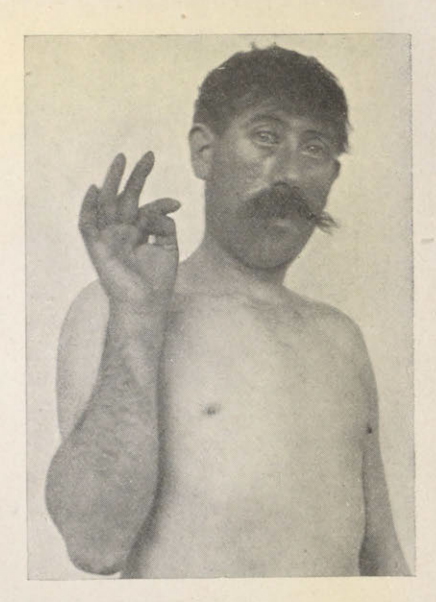


Fig. 2. — Contracture hystérique du pouce et de l'index.



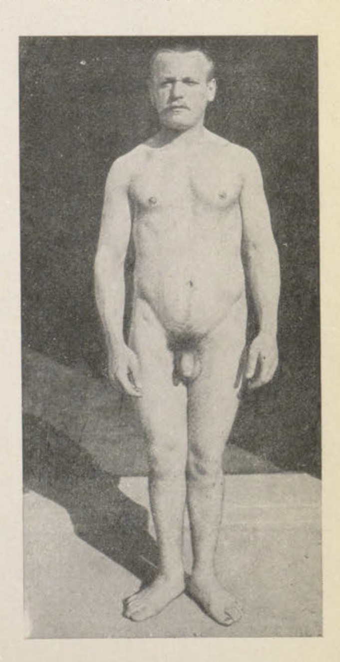


Fig. 3 et 4. — Contracture hyst. du pied gauche (5 mois). Le même, guéri 2 jours après. [Page 30.]

peut voir ici de l'amyotrophie, des troubles vaso-moteurs et des perturbations des réactions électriques.

Les uns et les autres ne figurent pas dans le tableau symptomatique de la paralysie psychonévrosique précoce et on ne les observe que dans les paralysies accusées et anciennes. Ils rentrent dans la catégorie des *phénomènes secondaires* que Babinski a très justement isolés des symptômes fondamentaux et constants de la névrose. Nous nous sommes étendus ailleurs sur la valeur sémiologique de ces troubles (page 45).

2° **Les contractures de la main**, comme celles du pied, méritent de nous arrêter en raison de leur fréquence et de leur importance, tant au point de vue pratique, qu'au point de vue du diagnostic différentiel. Babinski et Froment, dans une série d'études minutieuses ont cherché à soustraire du cadre des phénomènes psychonévrosiques, les paralysies ou les contractures *dites réflexes*, consécutives à des blessures soit superficielles, soit profondes des membres atteints. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question de pathogénie.

Rappelons pour l'instant que ces acro-contractures affectent un polymorphisme tel qu'il est impossible d'en donner une description complète; chaque sujet, pourrait-on dire, fait sa contracture à sa manière, suivant sa personnalité. Toutefois il est certains types qui, plus que d'autres, se répètent presque stéréotypés. La *main d'accoucheur* ou *main figée* de Meige, qui représente le type le plus fréquent de l'acro-contracture de la main, avait du reste été décrite en tous ses détails par Charcot. Les doigts accolés les uns aux autres, en extension (mais la première phalange légèrement fléchie), le pouce en extension et adduction, sa face palmaire s'opposant à celle de l'index, sont rigides comme figés; le plus souvent il est impossible d'obtenir aucun mouvement passif. Cette contracture est permanente et persiste durant le sommeil. Si elle se prolonge pendant plusieurs mois, ainsi qu'il arrive trop souvent, les doigts s'effilent, la peau devient lisse, froide et moite. D'autres fois les quatre derniers doigts occupent la même situation, mais le pouce n'est pas en adduction, la paume est creusée en son milieu, c'est la *main* dite *en gouttière*.

La contracture névrosique peut reproduire aussi de plus ou

moins près les déformations secondaires aux lésions organiques : *griffe cubitale*, portant sur les deux derniers doigts, *griffe totale*, etc. Enfin, dans certains cas plus rares les quatre derniers doigts sont immobilisés dans l'extension la plus complète, ne permettant aucune flexion passive et aucun mouvement de latéralité. Fait curieux, le pouce garde sa mobilité complète.

Dans tous ces faits, la contractilité électrique des nerfs et des muscles demeure à peu près intacte quelle que soit la durée de l'affection et la sensibilité est troublée dans le sens de l'analgésie ou de l'anesthésie cutanée.

Au pied, la contracture détermine le *pied bot varus équin*, mais très différent du pied bot paralytique. Immobile, comme figé, le pied en extension et la pointe fortement abaissée apparaît avec un bord interne incurvé en dedans comme enroulé autour de l'axe de la jambe; la plante regarde en dedans et est creusée de sillons résultant de la déformation. Le tendon du jambier antérieur saille vigoureusement sous la peau; la malléole interne disparaît presque tandis que l'externe est exagérément apparente. La tête de l'astragale elle aussi, est facilement reconnaissable.

En général, aucun mouvement passif n'est possible, les articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne sont littéralement bloquées : à la palpation les muscles antéro-externes de la jambe comme le triceps sural sont extrêmement durs du fait de la contracture excessive. Lorsqu'on commande au sujet d'exécuter un mouvement volontaire on le voit s'épuiser en vains efforts sans y parvenir. Souvent alors on constate que non seulement les muscles de la jambe se contractent, mais aussi ceux de la cuisse. Les troubles de la sensibilité à type psycho-névropathique s'observent ou peuvent faire complètement défaut. Il est inutile, le plus souvent, de chercher l'état du réflexe achilléen impossible à libérer du fait de la contracture. Quant au réflexe rotulien, il est vif, comme du reste du côté sain.

Lorsque la contracture est de date ancienne, elle peut s'accompagner de modifications du tégument, refroidissement, état lisse de la peau, hypersudation, cyanose. Ces perturbations semblent liées, d'une part, au trouble de la circulation sanguine déterminé par la contracture et, d'autre part, à l'immobilité prolongée. H. Meige, Mme Benisty et Mlle Lévy ont montré, en effet, que

l'immobilité prolongée pouvait, chez un sujet normal, déterminer une différence de température atteignant plusieurs degrés.

Quant aux troubles circulatoires, nous les avons vus disparaître immédiatement après la cessation de la contracture. Nous ne reviendrons pas sur les modifications de l'excitabilité électrique (lenteur de la contraction, tétanos faradique prématuré) dont nous avons vu ailleurs les étroits rapports avec l'hypothermie (page 20).

L'évolution des acro-contractures psycho-névropathiques est loin d'être aussi favorable que celle des paralysies. Elles nécessitent un traitement énergique et précoce. Sinon, en raison du relâchement de l'appareil ligamenteux, des déformations du squelette articulaire et des douleurs engendrées par le tiraillement des nerfs et des tendons, elles finissent par constituer des attitudes vicieuses avec lésions organiques réelles.

Contractures pluri ou uni-musculaires diverses.

Nous ne pouvons que signaler ici, les exemples rares mais non exceptionnels de contractures psycho-névropathiques limitées à un seul muscle ou à un groupe musculaire, voire même parfois à quelques faisceaux musculaires, tels que : **contracture des pelvi-trochantériens**, donnant un faux aspect de coxalgie; **contracture du long supinateur**; **contracture du faisceau supérieur du trapèze** (acromio-claviculaire); **contracture des muscles massétérins** (trismus hystérique) assez fréquente.

Contracture du sterno-mastoïdien et du trapèze. Cette contracture donne lieu au *torticolis classique névropathique* avec forte inclination de la tête, laquelle apparaît en rotation plus ou moins marquée du côté sain. C'est surtout à la suite des contusions ou des plaies de la région cervicale que se développe cette variété de contractures.

Contracture des muscles de la nuque, superficiels et profonds. (Pseudo-tétanos, pseudo-méningite), où la contracture frappe symétriquement les muscles trapèzes, sterno-mastoïdiens et les muscles profonds de la nuque. La déformation

EXPLICATION DE LA PLANCHE III

Figures 1 et 2. — **Griffe cubitale névropathique post-opératoire. Amputation du médius droit.** — *Desg... Hen..., ...e bat. chass.* — *Hospice de Villejuif, 9 janvier 1915.*

Blessé le 15 septembre 1914. Fracture compliquée du médius droit au niveau de la première phalange. Amputation du doigt. Vers le 16 novembre 1914 l'annulaire et l'auriculaire droits commencent à se fléchir; cette flexion s'accentue peu à peu et la pulpe des doigts finit par toucher d'une façon permanente la paume de la main. Pas de lésion organique du nerf cubital.

Fig. 1. — *Attitude de la main, à l'entrée dans le service.*

Fig. 2. — *La même, 20 jours après.*

Figure 3. — **Paralysie névropathique de la main.** — *Her..., 22 ans.* — *Centre neurologique de la VIIIe région.*

Paralysie complète de la main à la suite d'une blessure en séton par balle à la face externe du poignet. Anesthésie en gant. Aucune modification des réactions électriques.

Figure 4. — **Contracture névropathique de la main.** — *Clém..., 28 ans.* — *Centre neurologique de la VIIIe région.*

La contracture est consécutive à une blessure très légère par balle de l'avant-bras. Réactions électriques normales.

Figure 5. — **Pied-bot par contracture névropathique du jambier antérieur et du triceps sural et consécutif à une gelure des pieds.** — *Lem..., 25 ans.* — *Centre neurologique de la VIIIe région.*

La marche se fait sur le bord externe du pied. Remarquer la saillie considérable du jambier antérieur.



Fig. 1. — Griffe cubitale hystérique.

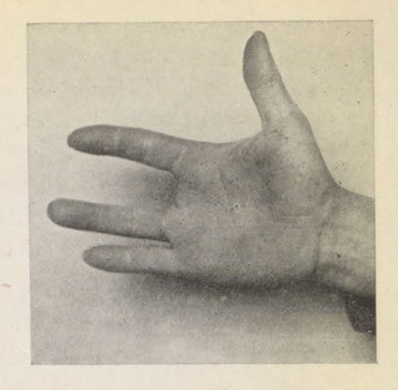


Fig. 2. — La même, guérie.

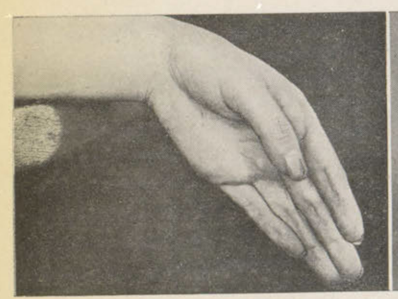


Fig. 3 et 4. — Deux types de main figée ou main d'accoucheur.

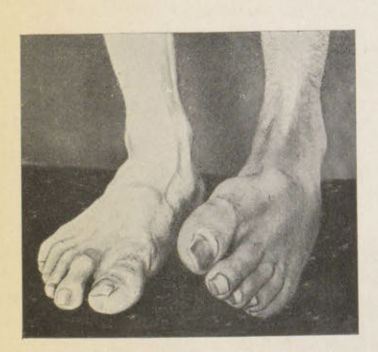


Fig. 5. — Pied bot hystérique, suite de gelure.



Fig. 6. — Contracture hyst. post-traumatique.

[Page 34.]

rappelle un peu celle qui accompagne la méningite aiguë ou le tétanos d'autant plus qu'il y a souvent du trismus.

Immobile, absolument figée, l'extrémité céphalique est rejetée en arrière, les yeux regardent en haut, le larynx est légèrement saillant. Aucun mouvement de la tête n'est possible et les essais de mobilisation déterminent des douleurs assez intenses pour faire suspendre ces tentatives.

Phénomènes douloureux et contractures en ont parfois imposé soit pour un mal de Pott sous-occipital, soit pour une affection méningée, soit enfin pour le tétanos limité. Un examen attentif permet d'éviter la confusion.

L'anamnèse, tout d'abord, montre que la contracture s'est installée rapidement, à la suite d'un ensevelissement dans une tranchée, une contusion ou une blessure légère de la région cervicale. La douleur n'est pas réveillée par la pression des apophyses épineuses ou un choc sur le crâne, mais surtout par la palpation des muscles contracturés. L'intégrité parfaite de la colonne cervicale permet d'éliminer définitivement l'hypothèse du mal de Pott.

Quant à la méningite, devant le manque de la série des symptômes méningés, il serait, en vérité, bien difficile de commettre une erreur.

Plus épineux reste le diagnostic avec le tétanos fruste ou limité. Dans un cas de Claude et Lhermitte, il existait une rigidité absolue de la nuque et le sujet n'ayant été atteint d'aucune blessure fut considéré comme un pur névropathe et envoyé comme tel au centre neurologique de Bourges. Mais à la différence des états de contracture psychonévrosique, les réflexes tendineux et osseux étaient profondément modifiés. La percussion du zygoma, de l'occipital, de la clavicule déterminait une contracture vive des muscles contracturés. De plus, s'il n'existait aucune ébauche de spasmodicité apparente dans les membres inférieurs, on constatait un clonus du pied et une danse de la rotule bilatérale en rapport avec une exagération manifeste de tous les réflexes osseux et tendineux. Ajoutons enfin que dans les cas de tétanos chronique fruste ou limité, il existe de l'hyperexcitabilité des nerfs et des muscles aux courants faradique et galvanique (Claude et Lhermitte).

Contractures du tronc.

Elles sont d'une excessive fréquence, réalisant toutes les déformations vertébrales les plus paradoxales : scoliose, cyphose, lordose. De toutes ces déformations la plus fréquente est sans contredit l'incurvation du tronc en avant. C'est un type vraiment nouveau, dont les exemples abondent dans cette guerre et qui mérite de nous arrêter.

Plicature du tronc, cyphose traumatique, pseudo-spondylite, camptocormie. — Tels sont les termes les plus habituellement employés pour désigner l'incurvation du tronc en avant. Très judicieusement, Souques et Mme Rosanoff-Saloff ont fait observer que le terme de cyphose était à rejeter, puisque cette incurvation du tronc ne s'accompagne pas de courbure anormale de la colonne vertébrale et ces auteurs ont proposé un vocable nouveau : *la camptocormie* (καμπτω, je fléchis ; κορμοσ, le corps). Enfin, dans leur langage imagé nos poilus l'appellent *le cintrage.*

A la suite d'une commotion par explosion d'obus le sujet a été plus ou moins violemment projeté contre le sol ou la paroi d'une tranchée; après une perte complète de la connaissance ou un simple étourdissement passager, apparaît une douleur mal localisée dans la région lombaire ou sacrée, l'extension complète du tronc est pénible. Désormais l'attitude anormale est créée. Aussi longtemps que persiste l'incurvation, les caractères qui en sont l'expression ne se modifient pas.

Examiné de face, le sujet se présente le tronc presque horizontal, le plus souvent la tête en hypertension, les muscles du cou et le cartilage thyroïde saillants ; le regard est fixe, les yeux largement ouverts regardant droit, les membres inférieurs étendus ou parfois demi-fléchis. Les plis de flexion normaux de la paroi abdominale sont profondément marqués et au niveau des aines, de l'épigastre, du pubis, se creusent des sillons transversaux profonds. De même le sillon semi-circulaire du ventre apparaît exagérément marqué.

Vu de dos, le malade présente une série de modifications morphologiques du tronc qui consistent essentiellement dans la disparition ou l'atténuation du sillon lombaire médian, la saillie

des muscles spinaux (masse sacro-lombaire, longs dorsaux), la disparition des fossettes latérales du sacrum remplacées par la saillie des apophyses iliaques postérieures, l'allongement et l'aplatissement de la région lombaire. Au niveau du dos : l'accentuation de la convexité de l'épine dorsale, la diminution du relief musculaire. Les fesses sont aplaties et élargies transversalement. Quant à la colonne cervicale, fortement incurvée en arrière, elle apparaît considérablement réduite sans aucune saillie de la 7ᵉ apophyse cervicale, la nuque est marquée de plis transversaux profonds.

La marche s'effectue assez facilement sans boiterie dans les formes pures. D'autrefois il y a association de pseudo-coxalgie et claudication (voir p. 79). Pendant la progression, le tronc et la tête demeurent dans cette attitude fixe, figée, qui est déjà si frappante à l'état de repos.

Vient-on de commander au malade de se redresser, on le voit alors s'épuiser en vains efforts, le facies devient vultueux, tous les muscles du corps se contractent, mais, malgré ces efforts apparents la plicature reste invariable. Si, plaçant le sujet le siège appuyé contre une paroi résistante, on essaie le redressement passif du tronc, on obtient en général une réduction relative de la plicature mais jamais une correction complète. On éprouve durant cette épreuve la sensation d'une résistance active de la part du patient, sensation vraie d'ailleurs, car elle répond à un redoublement de la contracture des muscles vertébraux et abdominaux ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la palpation. Si cette tentative de correction est menée un peu activement le sujet accuse une *douleur lombaire* et surtout *sacrée* et est pris d'autre part d'un état d'anxiété très vive ; sa respiration entrecoupée, haletante s'accélère, le facies prend une expression de terreur, le pouls se précipite ; l'épreuve ne peut se prolonger. Abandonné à lui-même le malade reprend immédiatement son attitude primitive et tous les phénomènes de l'émotion anxieuse objectivée s'évanouissent en quelques secondes.

Dans le décubitus, les tentatives de correction donnent des résultats essentiellement variables ; chez beaucoup de sujets, la correction de l'incurvation s'effectue avec beaucoup plus de facilité que dans la station debout et parfois elle est complète, mais pour obtenir la réduction de la déformation il faut avant tout user de prudence et de ménagement.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV

—

Figure 1. — Camptocormie, plicature antéro-latérale. — *Bour... Ed..., ..ᵉ rég. d'inf. — Hospice de Villejuif, février 1915.*

Blessé le 3 septembre 1914. A été projeté en l'air par l'éclatement d'un obus : perte de connaissance, puis violentes douleurs dans le dos. Tronc incliné fortement en avant et du côté droit depuis cette époque. Pas de plaie.

En février 1916, application d'un corset plâtré qui le redresse incomplètement après trois semaines (M. Souques). Le tronc n'est plus incliné en avant, mais l'est encore à droite.

Deuxième corset pendant trois semaines, après quoi le malade est absolument redressé.

Sorti guéri et envoyé au corps de rééducation du Grand-Palais.

Figure 2. — Camptocormie, plicature antérieure. — *Cou... Luc..., ...ᵉ rég. d'inf. — Val-de-Grâce et Hospice de Villejuif, mars 1915.*

Enterré par éclatement d'un obus le 25 août 1914. Pas de plaie ni lésions osseuses. Large ecchymose de la région lombaire. Violentes douleurs dans la colonne lombaire. Attitude du tronc fléchi, symétriquement plié, impossibilité de se redresser. Dans le lit ou sur le plancher peut se redresser entièrement.

Corset plâtré pendant trois semaines, en mars 1916 (M. Souques); redressement complet, qui persiste après l'enlèvement du corset.

Sorti guéri.

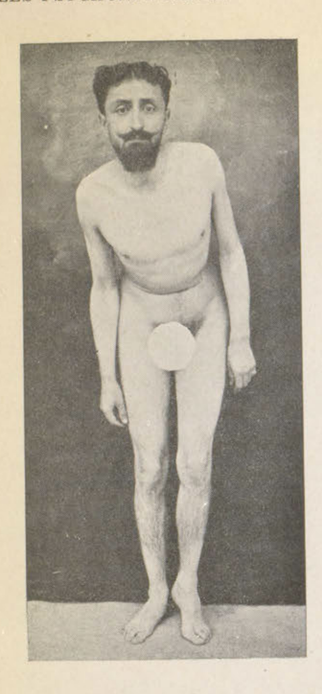
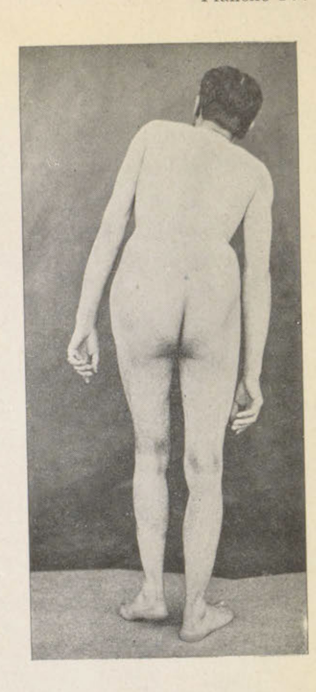



Fig. 1.

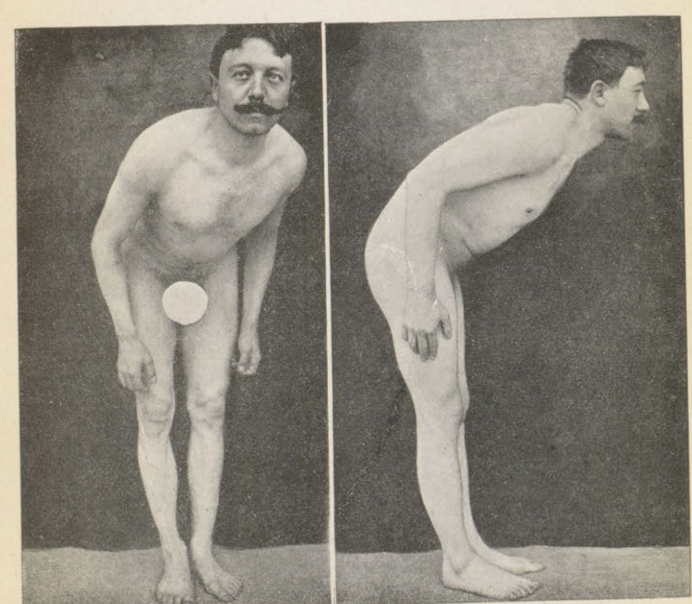


Fig. 2.
[P. 38.]

L'examen de la sensibilité, de la réflectivité tendineuse, osseuse et cutanée montre qu'il n'existe aucun signe de lésion organique du système nerveux.

En est-il de même de la musculature et du squelette vertébral ? Telle est la question que tous ceux qui ont observé les plicaturés se sont posée. Pour ce qui est de la musculature, tout ce que l'on observe c'est un état de contraction ou de contracture des muscles abdominaux et sacro-lombaires ; la palpation permet de reconnaître la dureté des muscles contracturés et pendant l'épreuve du redressement dans la station debout, un redoublement de la contracture, mais les investigations les plus minutieuses ne permettent pas de retrouver une lésion musculaire quelconque. Fait à retenir, la palpation profonde, la pression des masses musculaires déterminent peu ou pas de douleurs ; celles-ci siègent, comme nous l'avons dit, dans la région lombo-sacrée inférieure. Quant à la colonne vertébrale, si dans certains cas elle est cliniquement inexplorable du fait de son immobilisation complète, dans le plus souvent la réduction passive de l'incurvation est suffisante pour apprécier l'intégrité apparente des articulations vertébrales : dans les mouvements de flexion et d'extension on ne perçoit aucune crépitation, aucun craquement. La radiographie montre d'ailleurs dans tous les cas, une intégrité complète du squelette vertébral.

Quelle est la nature des plicatures? Certains auteurs (Sicard) se basant sur l'existence des phénomènes douloureux, et d'autre part sur les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, pensent que l'incurvation du tronc est liée à des modifications anatomiques de la colonne vertébrale elle-même (*spondylite*), des ligaments ou des muscles qui s'y insèrent (*syndesmite*, *psoïtis*). L'incurvation du tronc apparaît ainsi à cet auteur comme une plicature antalgique, au moins dans la majorité des cas.

L'étude de nombreux cas de camptocormie que nous avons pu faire depuis plus de deux ans, ne nous permet pas de nous ranger à cette opinion. En effet, à part quelques rares exceptions, l'hyperalbuminose fait défaut. Et même on peut se demander si, dans la plicature, la constatation de l'hyperalbuminose possède toute l'importance qu'on tend à lui attribuer. Un de nos « plicaturés » avec hyperalbuminose a guéri par exemple avec beau-

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

—

Figures 1 et 2. — **Attitude vicieuse et boiterie à type pseudo-coxalgique droite datant de 4 mois, suite de plaie en séton du flanc droit.** — *Mai... Léon, 36 ans, ...ᵉ rég. d'inf. — Centre Neurologique de la ...ᵉ armée, 16 novembre 1916.*

Blessé le 9 juin 1916 par balle de mitrailleuse, au niveau du flanc droit, séton superficiel. Le malade dit souffrir et boiter depuis juillet, du moment où il a commencé à se lever. Plusieurs crises de nerfs depuis la blessure; 45 jours de convalescence. Demande de prolongation refusée; séjour dans un dépôt d'éclopés voisin d'où on l'envoie dans le service.

Boiterie prononcée à type pseudo-coxalgique, tronc incliné à droite et légèrement en avant, plis du flanc droit fortement accusé. Pied droit ne repose que sur le talon antérieur; le genou est maintenu légèrement fléchi. Pendant la marche, respiration haletante. Réflectivité tendineuse et cutanée vive. — Pas de trouble de la sensibilité objective, mais vives douleurs alléguées au niveau de la cicatrice.

Isolement pendant 2 jours, puis traitement psycho-électrique; réactions défensives violentes; marche normale à la fin de la séance. — Gardé dans le service pendant six semaines pour fixer définitivement la guérison.

Sorti le 30 décembre 1916.

Figure 1. — *Aspect du malade à son entrée.*

Figure 2. — *Le même guéri 3 jours après.*

Figures 3 et 4. — **Sciatique gauche de prolongation datant de 3 mois.** — *Dauph... Max..., 33 ans, ...ᵉ d'inf. — Centre Neurologique du D. A. L., 13 août 1916.*

Boiterie très prononcée, tronc incliné fortement en avant et à droite, genou gauche non fléchi dans la marche, tous les orteils en hyperflexion dorsale ne reposant pas sur le sol. — Signe de Lasègue. — Pas de trouble des réflexes tendineux.

Pas d'amélioration par les injections épidurales et les traitements habituels. — En une séance de faradisation énergique on obtient immédiatement une démarche à peu près normale et la correction de l'attitude vicieuse. — Guérison définitive en quelques jours.

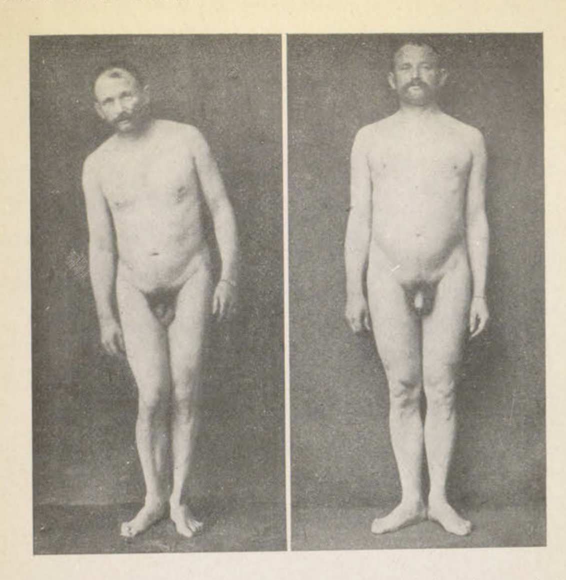


Fig. 1 et 2. — Attitude vicieuse et boiterie à type pseudo-coxalgique droite datant de 4 mois. — A gauche, aspect du malade à l'entrée. — A droite, le même, guéri.

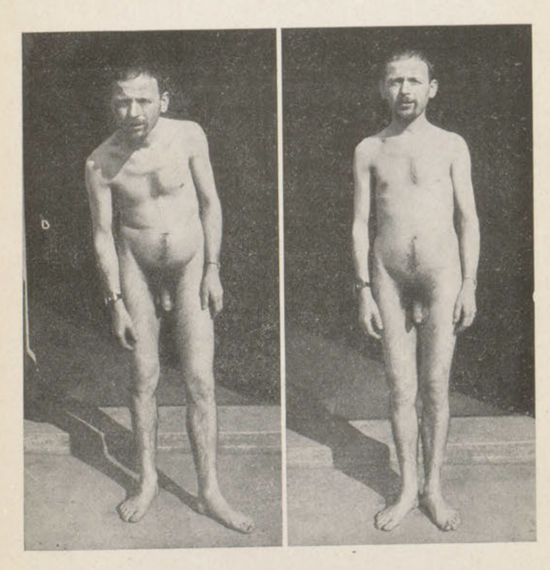


Fig. 3 et 4. — Sciatique gauche de prolongation datant de 3 mois. A gauche, le malade avant traitement. — A droite, le même après traitement.

[Page 42.]

fléchie, le regard droit. La marche se fait aisément mais, pendant la progression, le tronc reste immobile comme figé. Le redressement, la flexion du tronc en avant sont presque impossibles dans la station debout tandis que la correction s'effectue assez bien dans le décubitus dorsal. Cette contracture s'occompagne comme la plicature de douleurs dans les lombes et dans le dos.

Scoliose par contracture des muscles abdominaux et sacro-lombaires. — L'incurvation latérale de la colonne vertébrale par contracture, si elle est plus rare que la lordose et que la plicature du tronc d'origine traumatique, suite d'enfouissement par exemple, est très fréquemment observée comme attitude d'habitude à la suite d'anciennes sciatiques. Nous en possédons des exemples que la rééducation a complètement redressés.

Dans les cas névropathiques purs, le tronc apparaît fortement incurvé soit à droite, soit à gauche, les plis cutanés du flanc sont fortement creusés et les dernières côtes arrivent au contact de la crête iliaque. Le sujet étant examiné de dos, on constate l'abaissement de l'omoplate et du membre supérieur, l'inflexion régulière de la colonne dorsale et la courbure de compensation cervicale. Les muscles dorso et sacro-lombaires situés dans la concavité vertébrale sont saillants et durs au toucher, manifestement contractés. Le grand dentelé, les muscles obliques de la paroi abdominale antérieure apparaissent au palper dans un état d'hypertonie manifeste.

Le redressement de cette déformation s'effectue d'après notre observation plus facilement que la correction de la lordose et surtout de la plicature en avant et la guérison nous a semblé aussi plus aisée à obtenir.

Les contractures que nous venons de passer en revue, présentent, on le voit, toute une série de caractères communs qui autorisent, croyons-nous, à les ranger dans une même catégorie nosologique et à leur attribuer une même pathogénie.

Il n'est pas jusqu'à leur évolution qui ne constitue un lien qui les unit. Certes, leur guérison est souvent, mais non dans tous les cas, plus difficile à obtenir que celle des paralysies, cependant, nous ne saurions trop le redire, ces contractures guérissent par la contre-suggestion, la persuasion ou d'autres moyens, mais à condi-

tion que dans ces moyens thérapeutiques on fasse une large part à la rééducation psychique. La raison en est que, ici comme dans les autres manifestations motrices, à la perturbation musculaire s'ajoute un *élément mental* qui, pour nous, est *essentiel.*

Diagnostic différentiel et nature des contractures psycho-névropathiques en général.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des contractures limitées avec les contractures secondaires aux affections organiques du système nerveux central.

En présence d'une acro-contracture ou d'une contracture encore plus étroitement limitée, le seul problème qui se pose consiste à préciser la nature névritique, musculaire, réflexe ou psycho-névropathique de la déformation.

On sait (Volkmann) qu'à la suite d'application d'un appareil trop serré se développe, précédée de douleurs violentes, une rétraction des muscles de la main ou du pied qui, à première vue, simule assez la contracture fonctionnelle. Mais ici, la déformation de la main ou du pied n'est pas due à la contracture, mais à la rétraction musculaire provoquée par les désordres anatomiques des muscles dont l'irrigation a été trop longtemps compromise. Les muscles rétractés sont durs au toucher et douloureux. En cas de doute, la rachianesthésie (pour le membre inférieur) ou la narcose permettront de trancher le diagnostic en montrant la disparition complète de la contracture ou au contraire l'irréductibilité absolue de la rétraction.

André Thomas, G. Guillain ont montré que dans certaines lésions des nerfs périphériques on pouvait observer non pas des paralysies, mais des contractures, des états d'hypertonie qui pouvaient faire penser soit à des rétractions fibro-tendineuses, soit à des contractures psycho-névropathiques.

Nous avons nous-mêmes constaté des faits de ce genre, quoique à la vérité, assez peu fréquemment. C'est surtout à la main et à l'avant-bras que se développent ces contractures, qu'il s'agisse d'une lésion du radial, du médian et très exceptionnellement du cubital. Ce qui caractérise d'emblée cette forme d'hypertonie c'est d'abord qu'elle ne frappe pas des territoires musculaires au hasard comme la contracture névropathique, mais qu'elle se limite à un

groupe musculaire ayant une innervation commune, et d'autre part, que son apparition est tardive, précédée qu'elle est d'une phase de paralysie.

Rappelons encore que la contracture psycho-névropathique ne se limite pas le plus souvent à un groupe musculaire tributaire d'un seul nerf et s'installe, sinon immédiatement, du moins rapidement, après le traumatisme initial.

Lorsque l'hypertonie est secondaire à une lésion nerveuse on retrouve toujours, plus ou moins manifestes, des troubles des réactions électriques des muscles, des troubles de la sensibilité objective : hyperesthésie, fourmillements au frolement, paresthésie. Encore que la pathogénie de ces contractures secondaires aux lésions des troncs nerveux demeure obscure, il semble bien, à notre sens, qu'elles doivent être considérées comme l'expression d'une irritation du nerf moteur et non comme une contracture réflexe.

Le diagnostic différentiel entre les **contractures psycho-névropathiques** et les **contractures** dites ***réflexes*** que Babinski et Froment ont remis à l'ordre du jour, est infiniment plus délicat. Sans entrer ici dans une discussion qui serait hors de propos, nous pouvons dire que le diagnostic de contracture ou de paralysies d'ordre réflexe ne doit pas être appliqué à la légère et sur la simple constatation d'un état de contracture ou de paralysie secondaire à une lésion d'un membre ou du tronc. Il est indispensable que cette paralysie ou cette contracture présente des caractères cliniques particuliers et soit en rapport avec une altération évidente d'une partie du membre atteint. Il est assez fréquent de voir, par exemple, des contractures d'ordre réflexe accompagner les lésions articulaires, osseuses, musculaires en évolution et depuis les travaux de Hunter, Charcot, Dubreuil, elles constituent un élément important du diagnostic et un guide souvent précieux pour rechercher une altération qui, à première vue, n'apparaît pas évidente.

Il en est de même des contractures qui traduisent l'irritation produite par la présence d'un corps étranger (éclat d'obus le plus souvent), au voisinage de rameaux nerveux.

Babinski et Froment ont analysé avec beaucoup de soin ces paralysies et ces contractures dites réflexes ou mieux *physiopa-*

thiques et leur ont attribué une série de caractères qui autorisent à les séparer complètement des manifestations similaires d'ordre psycho-névropathique.

Contractures ou états parétiques ont ce caractère commun de se localiser assez étroitement à un segment de membre ou à certains groupes musculaires: très souvent aux extrémités. Si l'état de la réflectivité tendineuse et osseuse peut n'être en rien modifié, il existe le plus souvent une surexcitabilité mécanique des muscles du membre malade à laquelle correspond une surexcitabilité faradique et galvanique avec fusion anticipée des secousses (tétanos prématuré) ou parfois légère subexcitabilité. Parfois les nerfs présentent, eux aussi, cette surexcitabilité électrique et mécanique.

Ces modifications de l'excitabilité tiennent en partie (d'après Babinski et Froment) à l'hypothermie du membre blessé; elles s'amendent par le réchauffement et s'exagèrent par le refroidissement. Comme toutes les contractures, elles disparaissent pendant la narcose, mais souvent elles ne cèdent que dans l'anesthésie profonde. L'anesthésie chloroformique, d'autre part, vient mettre en évidence la surexcitabilité des centres médullaires faisant apparaître une exagération élective des réflexes tendineux et osseux dans le membre malade et dans lui seul. Enfin il est fréquent d'observer des troubles vaso-moteurs importants : cyanose, refroidissement de l'extrémité atteignant plusieurs degrés, diminution de l'amplitude des oscillations artérielles mesurées au sphygmomanomètre de Pachon ; des troubles sudoraux, une décalcification du squelette. Ces derniers phénomènes atteindraient d'après Babinski et Froment un degré très supérieur à celui qui marque leur maximum dans les états névropathiques anciens.

Pour ce qui est des **paralysies d'ordre réflexe**, elles sont surtout caractérisées par des modifications de l'excitabilité faradique, galvanique et mécanique des muscles associés à l'hypotonie musculaire et souvent à l'amyotrophie. Fait à remarquer, si comme on le sait, les amyotrophies réflexes secondaires à une arthrite, une lésion osseuse, s'accompagnent dans la règle d'exagération manifeste des réflexes tendino-osseux, dans les faits de Babinski et Froment la réflectivité peut n'être pas modifiée.

Ces paralysies et ces contractures d'ordre réflexe enfin sont, étant donnée leur nature, rebelles au traitement par la psychothérapie.

Très proche de la contracture réflexe de Babinski et Froment, doit se ranger l'affection décrite par Pierre Marie et Foix sous le nom de *parésie paratonique des muscles moteurs de la main*; la main fléchie sur l'avant-bras par les contractions des palmaires, présente une déformation analogue à celle de la main d'accoucheur, en col de cygne; les doigts sont raides et difficiles à mobiliser.

En résumé, le diagnostic des paralysies et des contractures limitées ne présente, dans l'immense majorité des faits, aucune difficulté. Nous ne saurions trop insister cependant sur la nécessité de pratiquer, même dans les cas qui semblent les plus avérés de psycho-névropathie, un examen méthodique tant de la réflectivité que des réactions électriques. Très fréquentes, en effet, sont les *associations hystéro-organiques ou organo-névropathiques* et seul un interrogatoire attentif permet de départager ce qui revient à la lésion musculaire, nerveuse, articulaire, osseuse et vasculaire, et ce qui doit être attribué à la névrose.

Quant aux *paralysies* ou aux *contractures d'ordre réflexe*, elles nous apparaissent comme très rares et les signes cliniques que Babinski et Froment leur ont attribué ne suffisent pas à les caractériser. Ces symptômes, en effet, se retrouvent fréquemment dans les faits de paralysie ou de contracture de date un peu ancienne et sont secondaires à l'hypothermie, la stase veineuse, l'immobilisation. Du reste le terme de paralysies ou contractures physiopathiques employé depuis peu par ces auteurs est beaucoup plus exact et supprime toute discussion.

Comme Claude l'a indiqué, en effet, nombre de paralysies ou de contractures ont pu, au début, pendant quelques heures être d'ordre réflexe mais la fixation du trouble moteur est assurée par l'état psycho-névropathique. — Et la meilleure preuve qu'on puisse donner en faveur de la thèse que nous soutenons c'est que *tous* les signes décrits par Babinski et Froment comme significatifs des troubles réflexes se retrouvent dans les paralysies ou les contractures *sans blessure*, et qu'ils *disparaissent* par la psychothérapie (Claude et Lhermitte).

CHAPITRE II

TROUBLES PSYCHO-NÉVROPATHIQUES DE LA FONCTION DE LA MARCHE

Les perturbations d'ordre psycho-névropathique, qui peuvent troubler les fonctions de la marche sont apparues sous des formes essentiellement diverses et variées durant cette guerre. Déjà nous avons eu l'occasion d'en étudier plusieurs types aux chapitres de l'hémiplégie, de la monoplégie crurale, de la paraplégie psycho-névropathique.

C'est qu'en effet la fonction de la marche apparaît, à l'analyse, essentiellement complexe. Pour sa réalisation, il est nécessaire non seulement que les fonctions motrices et sensitives soient intactes, mais encore que l'appareil coordinateur, cérébelleux, ne soit pas troublé non plus que les appareils sensoriels visuel et auditif grâce auxquels nous nous orientons dans l'espace. Et la complexité même des systèmes d'équilibration et de coordination nous rend compte, pour une part au moins, de la facilité avec laquelle ils peuvent être troublés fonctionnellement dans les psychonévroses. De plus, si la fonction de la marche, après avoir été un acte volontaire et conscient par sa répétition même, est devenue un acte automatique, il faut se souvenir que cet automatisme est « à fleur de conscience » et que sur lui se répercutent facilement les modifications psychologiques, les sentiments, les émotions, les suggestions qui sont à la base des psychonévroses [1].

1. Dans un récent travail, Laignel-Lavastine et Courbon [*Paris médical*, 2 sept., 1916), divisent les troubles fonctionnels de la marche en trois groupes : le premier caractérisé par des phénomènes de dynamogénie, le second par des troubles inhibiteurs, le troisième par un mélange de perturbations dynamogéni-

L'étude des troubles fonctionnels de la marche montre que les uns ont pour substratum psychologique un état émotionnel actif, vivant, les autres un état de suggestibilité dont l'expression la plus nette est la fixation de la désagrégation d'une fonction.

Aux premiers nous réservons le terme de *troubles basophobiques*, aux seconds celui de *troubles abasiques ou dysbasiques*.

*
* *

§ I. — ASTASIE-ABASIE, DYSBASIE.

Astasie-abasie. — Ce syndrome, décrit par Jaccoud, Blocq, Charcot, etc., est un de ceux dont la guerre a le plus multiplié les exemples; assez rare sous la forme complète, il apparaît au contraire extrêmement fréquent dans ses formes dégradées et anormales.

En général succédant à une commotion par l'éclatement d'un projectile de gros calibre, l'astasie-abasie s'installe rapidement et dès que les phénomènes émotionnels et commotionnels se sont effacés, elle est aisément reconnaissable.

Il s'agit ordinairement d'un sujet plus ou moins violemment projeté sur le sol, qui a roulé dans une tranchée, dans un ravin. Il a pu quelquefois se replier vers le poste de secours, soit en marchant péniblement, soit en rampant. A l'ambulance la marche est devenue impossible.

Le malade examiné couché ne présente pas de troubles moteurs élémentaires : tous les mouvements, la force musculaire, les réflexes tendineux, osseux et cutanés sont normaux.

Placé debout le sujet, ou bien s'effondre sur ses membres inférieurs flasques ou bien ceux-ci sont agités par un tremblement rapide qui aboutit à un piétinement indéfini. Commande-t-on au sujet de marcher, il voit ses jambes lui refuser tout service et, malgré un effort apparent, les membres inférieurs sont incapables d'exécuter un mouvement volontaire. Même aidé par deux aides le

ques et inhibitrices. Pour séduisant qu'il paraisse, ce plan nous paraît difficilement applicable à l'étude des troubles de la marche en raison du mélange dans chaque cas particulier des éléments dynamogéniques et inhibiteurs et de l'incertitude où nous nous trouvons actuellement sur la nature intime des phénomènes psycho-névropathiques qui viennent perturber l'automatisme de marche.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VI

Figures 1 et 2. — **Astasie-abasie trépidante.** — *Vo... Ado..., ...*e *rég. d'inf. — Hospice de Villejuif, 20 mars 1916.*

Blessé le 23 septembre 1914. Plaie par balle à la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche. Du moment où il a été blessé n'a pu marcher, puis peu à peu, a pu se tenir debout et marcher. Est retourné sur le front en janvier 1915.

Blessé à nouveau légèrement à la nuque le 6 janvier 1915. Évacuation et opération. A partir de l'opération ne peut plus marcher ni se tenir debout. La réflectivité est normale. La motilité examinée, le malade étant couché, est normale; cependant les mouvements se font lentement. Mis debout le malade est pris de tremblements et ne peut ni se tenir dans la station verticale, ni faire un pas. Appuyé sur deux béquilles il traîne les deux jambes.

Sous l'influence d'un traitement électrique (courant faradique, fil fin), le malade peut se tenir debout et marcher. Guéri en une séance.

Figures 3 et 4. — **Astasie-abasie par commotion d'obus.** — *Puy... Je..., ...*e *rég. d'inf. — Hospice de Villejuif, 8 juillet 1915.*

Blessé en septembre 1914. Plaie superficielle de la paroi thoracique sous le mamelon droit. Renversé dans un trou d'obus très profond. Il gagne tout seul le poste de secours, mais ne peut marcher qu'à petits pas. A partir de ce moment, démarche spasmodique, tremblante, hésitante; appuyé sur deux cannes, il n'avance que péniblement, en tremblant. A chaque pas il balance le corps d'arrière en avant, ne fait que de petits pas très décomposés, donne l'impression d'un homme qui tire un véhicule et qui à chaque pas fait un effort considérable pour avancer.

Un traitement électrique (courant faradique fil fin) guérit le malade en une séance.

A gauche, *aspect et démarche du malade à l'entrée.*

A droite, *le même guéri.*




Astasie-abasie.

Fig. 1. — Démarche du malade à l'entrée.

Fig. 2. Le même, guéri.




Astasie-abasie trépidante.

Fig. 3. — Démarche spastique et trépidante du malade.

Fig. 4. — Démarche du malade guéri.

malade ne peut progresser ; il traîne ses membres inertes comme un vrai paraplégique. D'autres fois on constate, au contraire, une contracture extrêmement prononcée des membres inférieurs qui semble s'opposer à l'exécution de tout mouvement de marche.

Dysbasie à type choréiforme ou saltatoire. — La marche est incoordonnée, les membres inférieurs sont projetés avec asymétrie, comme dans la forme suivante, mais ici la marche est encore plus incorrecte ; non seulement les mouvements alternatifs des membres inférieurs sont irréguliers et asymétriques, mais encore au mouvement automatique de marche se superposent des mouvements spontanés « choréiformes » n'ayant aucun rapport avec le but poursuivi. Dans la station, le désordre musculaire peut être déjà très manifeste, il s'exagère toujours lors de la progression (dysbasie trépidante). En général, si les membres supérieurs sont épargnés, on observe des cas dans lesquels, pendant la station et la marche, les bras sont agités de mouvements brusques et saccadés de flexion et d'extension et les mains sans cesse en mouvement.

Dysbasie à type pseudo-tabétique. — Ici aussi, dans le décubitus dorsal, tous les mouvements des membres inférieurs s'exécutent normalement. Dans la marche, au contraire, le sujet s'avance en projetant en avant les membres inférieurs ; il talonne, festonne, écarte sa base de sustentation. Il semble à première vue qu'il existe une véritable ataxie. Fait à remarquer, la progression en avant s'effectue sans que le sujet éprouve le moindre malaise ni la moindre appréhension. Si on place le malade debout, on constate des oscillations irrégulières, amples, aussi bien antéro-postérieures que latérales sans que l'occlusion des yeux exagère ces troubles. Le désordre de la marche n'est pas non plus exagéré par l'obscurité.

Dysbasie à type pseudo-polynévritique. — De même que le trouble de la marche précédent reproduit grossièrement celui de l'ataxie, celui-ci ressemble par certains traits, au désordre complexe que réalise la polynévrite des membres inférieurs en voie de guérison où le trouble est fait à la fois d'un élément paralytique et d'un élément ataxique. Il semble en être ainsi dans

EXPLICATION DE LA PLANCHE VII

—

Figures 1 et 2. — **Boiterie à type pseudo-coxalgique gauche, avec plicature antérieure du tronc datant d'un an.** — *Mai... Pierre, 29 ans, ...e chasseurs. — Centre Neuro-Psych. du D. A. L. (2 sept. 1916).*

Blessé par éclat d'obus au flanc gauche et enterré le 29 juillet 1915; perte de connaissance, gêne respiratoire et mutité; marche plié en avant et en boitant depuis le 20 août 1915.

Nombreux séjours dans les hôpitaux et 6 mois au dépôt. Renvoyé à l'avant le 20 juin 1916, après avoir été proposé pour l'auxiliaire; dépôt divisionnaire. Fond de débilité mentale. En une séance de traitement électrique l'attitude vicieuse du tronc est corrigée. La boiterie persiste et demande de longues séances journalières de rééducation.

Sorti guéri le 20 octobre 1916, plus de boiterie ni de plicature; quelques douleurs lombaires persistent. Proposition de convalescence.

A gauche, *attitude du malade à l'entrée.*

A droite, *le même guéri, 8 jours après.*

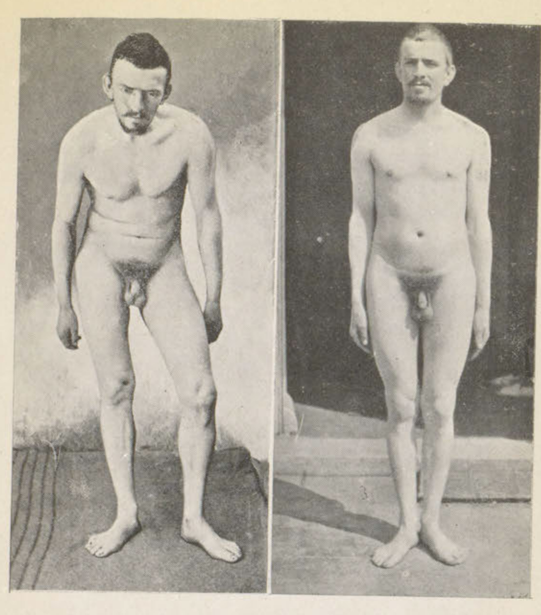
Figures 3 et 4. — **Paraplégie hystérique, démarche en trépied; raideur de la colonne lombaire, datant de 6 semaines.** — *Jan. . Gab..., 45 ans, ...e territ. — Centre Neurologique du D. A. L. 28 août 1916.*

Début spontané suite de froid et de diarrhée suivie de constipation; la plicature et les troubles de la marche s'installent progressivement à l'ambulance.

Arrive à la visite, transporté sur un brancard; marche très difficilement appuyé des deux mains sur une canne; tremblement des deux jambes, état pseudo-spasmodique.

Le lendemain séance psycho-électrique, guérison complète. Fond de débilité mentale et de névropathie constitutionnelle.

Sorti guéri le 20 octobre 1916, avec proposition de convalescence.



Boîterie à type pseudo-coxalgique avec plicature datant d'un an.
Fig. 1. — Aspect du malade à l'entrée. Fig. 2. — Le même, guéri.





Fig. 3 et 4. — Paraplégie hystérique, démarche en trépied, avec contracture lombaire.

[Page 52.]

certains faits d'astasie-abasie psycho-névropathique. Le malade se tient assez correctement debout bien que parfois, au début de l'épreuve, il piétine sur place, comme pour chercher son centre de gravité. La progression en avant est caractéristique : la cuisse est fléchie exagérément tandis que la jambe demeure verticale, le pied légèrement tombant, le malade steppe. Le membre qui est porté en avant retombe lourdement sur le sol. En somme démarche avec steppage exagéré et brusquerie dans les mouvements.

Formes atypiques. — A côté des types que nous venons de décrire et qui nous ont semblé les plus fréquents, l'astasie-abasie peut réaliser des types de marche dont la description complète est impossible en raison de leur extrême diversité. Nous rappellerons seulement les formes les plus différenciées.

α) *Démarche du funambule.* — La station debout est presque correcte, même les pieds joints le sujet demeure assez ferme sur les jambes, mais vient-on à l'inviter à marcher, ses membres inférieurs se raidissent. Il fait effort visiblement. La progression s'effectue absolument à la manière d'un danseur de corde. Les yeux fixés droit devant lui, les traits crispés, le malade avance par petits pas en plaçant alternativement les pieds au-devant l'un de l'autre. En raison de la contracture des membres inférieurs qui rend l'équilibre un peu instable, la progression est difficile, aussi le sujet écarte-t-il les membres supérieurs comme s'il tenait un balancier; malgré cette aide l'équilibre est rompu et le malade est obligé de faire trois pas à droite ou trois pas à gauche; il reprend après cette déviation la progression interrompue.

β) *Démarche du cagneux.* — Démarche très particulière observée dans un cas personnel. Au repos, dans la station debout rien d'anormal, mais si le malade veut marcher, à chaque pas le membre inférieur se fléchit et le genou dévie en dedans, le tronc plonge à chaque appui unilatéral sur le sol et s'incline du côté de la jambe portante.

γ) *Démarche embourbée* (Laignel-Lavastine et Courbon). — Le sujet avance à pas brusques, le dos voûté, les mains reposant sur les hanches. Il semble que l'individu progresse sur un terrain meuble et gluant.

δ) *Démarche du baigneur* (Laignel-Lavastine et Courbon). — Cette démarche rappelle celle de l'homme qui lutte contre le flot

en s'avançant dans la mer. Le sujet rejette le tronc en arrière et soulève les jambes péniblement.

ε) *Démarche du frotteur* (Laignel-Lavastine et Courbon). — Les jambes sont en extension, le pied ne se détache pour ainsi dire pas du sol sur lequel il traîne et frotte. Le malade semble « traîner des boulets rivés à ses chevilles ».

*
* *

§ II. — STASO-BASOPHOBIE

La staso-basophobie — si elle rappelle grossièrement l'astasie-abasie et si le trouble fonctionnel qui en est l'origine aboutit en définitive au même résultat tangible, l'impossibilité de la station et de la marche — est très différente dans son mécanisme intime de l'astasie-abasie vraie. Celle-ci, rappelons-le, est une dissociation de l'automatisme de marche, celle-là, une inhibition de cet automatisme sous la dépendance d'un état émotionnel. Et si les astasiques-abasiques comme les staso-basophobiques sont les uns comme les autres des psycho-névropathes, les premiers rentrent dans la catégorie des hystériques, les seconds dans celle des phobiques, des hyperémotifs, des obsédés.

Aussi, malgré leur ressemblance apparente, combien au fond diffèrent ces deux états! Dans le décubitus, les mouvements élémentaires s'effectuent presque normalement. Place-t-on le malade debout, l'expression de son visage change immédiatement et de calme qu'il était, reflète l'effroi, l'angoisse, la terreur. Le malade supplie qu'on le tienne, dit qu'il va tomber, que tout tourne autour de lui. De ses bras il entoure fortement les aides qui le soutiennent ou encore il s'accroche désespérément aux meubles qui l'entourent. Quant à le faire marcher il n'y faut point songer, c'est à peine s'il esquisse un pas; s'il avance une jambe, bien vite il la retire, persuadé qu'il va tomber.

Parfois le tableau est moins dramatique et, tenu énergiquement, le sujet parvient à faire mouvoir lentement, timidement ses membres inférieurs. C'est avec peine que les pieds se détachent ou glissent sur le sol; souvent, malgré les efforts du sujet, les jambes fléchissent, le pied appuie mal, et c'est une source nouvelle

d'angoisse et d'arrêt. Pâle, tremblant, baigné de sueur, le malade supplie qu'on interrompe l'expérience.

Qu'il s'agisse de staso-basophobiques ou d'astasiques-abasiques, ces malades sont toujours influencés favorablement par la psychothérapie; méthodiquement et vigoureusement poursuivie, la rééducation psychique aidée plus ou moins des pratiques habituelles de physiothérapie aboutit à la guérison du trouble de la marche d'origine psycho-névropathique.

Diagnostic. — Les troubles de la marche reconnaissent des origines multiples tant organiques que fonctionnelles. Aussi, en présence d'un cas donné, il faut d'abord se poser la question de savoir s'il s'agit d'une perturbation de la marche provoquée par une lésion ou conditionnée par un trouble purement fonctionnel. Pour simple que paraisse *a priori* ce diagnostic, il est souvent loin d'être aisé, surtout dans les cas où se mélangent les éléments lésionnels et psycho-névropathiques.

Les affections organiques du système nerveux qui produisent des troubles de la marche sont trop nombreuses et trop connues pour que nous les rappelions ici.

D'ailleurs par un examen méthodique des fonctions sensitives, motrices, réflexes, un interrogatoire des appareils d'équilibration vestibulaire et cérébelleux, la confusion est difficile à commettre. Beaucoup plus complexes sont les cas dans lesquels, aux lésions organiques se surajoutent des troubles psycho-névropathiques, et pratiquer leur discrimination est une chose malaisée. Trop souvent nous voyons, suivant la tendance personnelle des observateurs, considérer les sujets présentant des associations organo-névropathiques, tantôt comme des organiques, tantôt comme des névropathes purs. Cette dissociation cependant est importante et ne doit pas être considérée comme une œuvre spéculative; elle est d'un intérêt essentiellement pratique puisque c'est de la solution de ce problème que dépend le règlement de la situation militaire du soldat.

Seuls les troubles fonctionnels de la marche consécutifs aux lésions de l'appareil vestibulaire méritent de nous arrêter un instant. La guerre actuelle a montré la fréquence à la suite de l'explosion des gros projectiles, des commotions labyrinthiques. Comme l'appareil vestibulaire est essentiellement l'organe de

l'équilibration, on comprend la banalité des troubles de la station et de la locomotion consécutifs à la commotion cérébrale ou aux blessures du crâne, troubles sur lesquels Moutier, Lhermitte et Cestan ont insisté. Mais, de même que les syndromes cérébelleux peuvent être plus ou moins réalisés par des phénomènes psycho-névropathiques, le syndrome vestibulaire est très fréquemment masqué par l'astasie-abasie ou la staso-basophobie. Il nous a été donné d'observer plusieurs blessés chez lesquels existaient, à n'en pas douter, des lésions labyrinthiques post-commotionnelles, mais ces lésions légères, seul un interrogatoire du nerf vestibulaire par des épreuves délicates permettait de les dépister (vertige voltaïque, épreuve de Barany, etc.). Or, malgré la bénignité des modifications de la fonction vestibulaire les malades étaient incapables de progresser et même de soutenir sans aide la position debout.

Guillain tout récemment a observé avec Barré des phénomènes d'astasie-abasie chez des malades atteints de lésions spécifiques du labyrinthe qui ne diffèrent pas de ceux que nous venons de rappeler.

*
* *

§ III. — LES BOITERIES D'HABITUDE

Très nombreux sont les cas qui, d'après notre expérience personnelle, rentrent dans cette catégorie de faits peu connus et surtout peu étudiés en France avant cette guerre. H. Meige, en octobre 1915, a attiré sur eux l'attention de la Société de Neurologie de Paris.

Déjà, à propos de l'étude des troubles moteurs élémentaires, hémiplégie ou paraplégie névropathiques, nous avons signalé les paralysies dites « d'habitude » (Ehret).

Mais, dans une étude des troubles portant sur les fonctions de la marche, il y a lieu de faire une place à part « aux *boiteries d'habitude* ». Elles présentent, en effet, un réel intérêt d'actualité, par leur fréquence, par le fait qu'elles sont peu connues, souvent même ignorées des médecins, par les difficultés de diagnostic et d'interprétation qu'elles soulèvent.

Leurs causes sont celles qui, à un moment donné, ont déter-

miné une impotence fonctionnelle d'un membre inférieur : blessure, fracture avec longue immobilisation et appareil de contention, affections douloureuses des membres, arthrites de la hanche, du genou, rhumatisme et surtout sciatiques et névrites.

En somme, une épine organique, souvent minime, crée une attitude antalgique, attitude anormale ou utilisation défectueuse d'un membre, ou encore contractures de certains groupes musculaires, donnant à ce membre une position vicieuse avec troubles de la marche. Cette démarche devient peu à peu automatique, le malade plus ou moins inconsciemment ne peut plus la modifier, elle est passée dans le champ de l'inconscient, elle est devenue une « habitude ». Celle-ci maintient à elle seule le trouble fonctionnel dont le sujet livré à lui-même a de grandes difficultés, souvent même impossibilité à se débarrasser seul. « *L'habitude crée l'aptitude à l'attitude* », dit Meige.

L'attitude vicieuse répond au début à la logique, et si tel malade fléchit la jambe en marchant, c'est parce qu'il souffre au talon ou dans le sciatique par exemple. Ce qu'il y a d'anormal, c'est la prolongation indéfinie de l'attitude alors que l'épine organique a depuis longtemps disparu.

L'aspect morphologique et clinique de ces boiteries est à ce point variable qu'il nous est impossible d'en donner ici une description d'ensemble. Du reste nous avons eu et nous aurons l'occasion d'y revenir à différentes reprises au cours de cette étude à propos des troubles moteurs ou sensitifs d'ordre névropathique. De plus, il s'agit d'une question encore assez mal connue.

Qu'il nous suffise de dire pour l'instant qu'on ne saurait trop attacher d'importance, dans cette étude séméiologique, à l'observation minutieuse de tous les actes moteurs qui président aux mouvements automatiques si complexes de la marche.

A l'analyse méthodique de la démarche, des causes qui la troublent et provoquent les boiteries, on parviendra souvent, à l'insu du malade, à déceler quelques signes d'allure illogique, paradoxale, non en rapport avec l'impotence ou l'algie alléguée, signes qui pourront mettre sur la voie du diagnostic. Tantôt c'est par la simple irrégularité dans la longueur du pas ou dans le temps d'appui sur un des membres que se caractérise la boiterie. Tantôt, et plus souvent, par un défaut d'utilisation physiologique d'une des articulations dont l'amplitude est limitée par des con-

tractures, ou des attitudes vicieuses : marche sur la pointe du pied, sur le pied à plat (les deux talons reposant en même temps sur le sol), jambe et pied tournés en dehors, etc... Un type de boiterie qui rentre dans la même catégorie, nous a paru particulièrement fréquent : c'est la *claudication par griffe dorsale des orteils* sur laquelle l'un de nous, avec R. Leroux, a attiré l'attention. Il s'agit de sujets qui, à la suite de douleurs plus ou moins vagues, dites rhumatoïdes, ou encore de sciatique ou de gelure des pieds avec phénomènes soi-disant névritiques, conservent pendant de longs mois une boiterie ; celle-ci est due à ce que le malade, au moment du pas postérieur, n'appuie que légèrement le talon antérieur sur le sol, et pas du tout les orteils qui sont maintenus presque constamment en hyperflexion dorsale. La marche se fait en somme, pour un des pieds, comme si le sujet marchait nu-pieds sur de petits cailloux.

On notera encore des modifications dans le balancement des bras, le membre supérieur homologue restant souvent immobile, ou encore des positions vicieuses de la tête ou du tronc. En somme, ce sont un ou plusieurs des actes complexes de la marche qui sont troublés, acte principal (mouvements des membres inférieurs) ou actes accessoires (mouvements régulateurs ou d'équilibre du tronc, de la tête ou des bras, etc.). Tous ces troubles de la démarche enfin sont exagérés dans la course.

Mais rien de ce que nous venons de dire jusqu'ici, à part les quelques mouvements paradoxaux, ne différencie les boiteries anciennes, prolongées, dite *d'habitude*, des boiteries récentes, réelles, de cause organique. Ce qui caractérise les boiteries d'habitude, c'est que souvent — non toujours bien entendu — dans le décubitus, au repos au lit, rien ne semble justifier la boiterie : ce n'est que dans la station debout et dans la marche qu'apparaissent les attitudes vicieuses ou les altérations motrices. Divers procédés d'exploration pourront encore mettre en évidence « l'illogisme » de ces boiteries. Celui de la *marche à genoux* (Meige) dans les cas de boiteries par contractures des muscles de la hanche et surélévation du bassin. Déconcerté par ce genre de marche insolite, le sujet, — du moins au début de l'expérience — « oublie » son attitude vicieuse et sa boiterie.

Il nous est arrivé souvent, d'observer les mêmes faits, soit dans *la marche décomposée* (marche en décomposant les pas), dans *la*

marche en arrière ou dans *la marche et la course sur place* qui constituent en même temps que des méthodes d'examen, des procédés utiles de rééducation. L'automatisme nouvellement créé en vue d'une démarche vicieuse, n'est pas suffisamment installé dans le domaine du subconscient pour s'adapter spontanément à des actes moteurs complexes et insolites, comme la marche à genou, la marche ou la course sur place, la marche décomposée, etc.

La nature de ces troubles est difficile à définir exactement, d'autant plus qu'à leur genèse paraissent présider des facteurs différents.

En restant sur le terrain des faits d'observation, on peut distinguer différents types de malades :

a) Chez les uns, la boiterie n'est que l'effet d'une contracture, d'une algie, d'une paralysie dite hystérique ou pithiatique, peu ou pas apparente en dehors de la marche ou de la station debout, mais qui se révèle au moindre pas. Ce sont celles dont nous avons parlé ailleurs.

Les troubles de la marche ne sont que secondaires à une attitude vicieuse ou du tronc ; ils ne font, tout au plus, que la maintenir ou la renforcer, et à ce titre seul, rentrent dans le cadre de notre sujet. Ce sont des névropathes chez lesquels il faut traiter et guérir l'attitude vicieuse ; avec elle disparaîtront les troubles de la marche.

b) Chez d'autres malades, la douleur ou les impotences fonctionnelles, faiblesse musculaire, raideur articulaire, douleurs sciatiques se sont considérablement amendées, elles n'existent plus, même au dire du malade, que dans la marche. Malgré cela la claudication persiste, prononcée. Les sujets prétendent *boiter parce qu'ils souffrent*, mais, en réalité, c'est l'inverse : *ils souffrent parce qu'ils boitent*. L'attitude vicieuse, la démarche anormale devenue une habitude créée par la phobie de la douleur est ici le phénomène princeps, c'est lui qui engendre ou entretient les douleurs. Et ce qui le prouve bien, c'est que celles-ci disparaissent avec la claudication sous l'action de la psychothérapie et de la rééducation psychomotrice. Nombreux sont les cas chez

lesquels, en procédant de la sorte, nous avons obtenu des guérisons définitives de boiteries remontant même à plusieurs mois.

En somme, il s'agit ici de véritables psychopathes, de petits obsédés au même titre — à quelques nuances près — que les staso-basophobes. Aussi est-ce fréquemment chez des sujets à fond de débilité mentale que s'observent les boiteries de persévération.

c) Chez d'autres boiteux enfin, il faut faire la part de l'inertie qu'ils mettent à ne pas vouloir modifier leurs troubles, à les prolonger, voire même à les exagérer ou simuler. Ce sont alors de vulgaires exagérateurs ou simulateurs, relevant de mesures répréhensives. Les cas rentrant dans cette catégorie nous ont paru rares, comparativement aux deux groupes précédents.

Pour résoudre enfin le problème du **diagnostic** des boiteries d'habitude, on aura toujours soin de procéder à l'exploration la plus minutieuse de tout l'appareil locomoteur ou nerveux qui préside à la fonction de la marche : état de la réflectivité, de la trophicité musculaire, des réactions électriques, état des articulations, épreuves radiographiques, etc..., pour éliminer toute affection organique. On recherchera encore, suivant le procédé indiqué par Babinski et Froment, l'état des réflexes sous anesthésie chloroformique : l'accentuation asymétrique, la disparition et surtout la réapparition asymétrique des réflexes tendineux, notamment du réflexe le plus voisin de l'article malade pendant le sommeil chloroformique permettant d'affirmer, d'après ces auteurs, l'existence d'une altération organique.

Ce ne sera donc que par éliminations successives, et une fois toutes possibilités de lésions organiques écartées, qu'on aura le droit de poser le diagnostic de boiteries d'habitude.

Il ne faut pas oublier, enfin, que ces boiteries d'habitude, lorsqu'elles se sont prolongées un certain temps, peuvent entraîner comme les paralysies ou les contractures névropathiques des altérations organiques plus ou moins difficiles à guérir ; rétractions tendineuses, limitation des mouvements articulaires, arthrites.

CHAPITRE III

TREMBLEMENTS. TICS. MOUVEMENTS CHORÉIFORMES

Si les troubles nerveux étudiés dans ce chapitre occupent à tous points de vue une place moins importante, parmi les psychonévroses de guerre, que celle des accidents étudiés dans les chapitres précédents, ils sont loin cependant d'être exceptionnels.

Depuis le début de la présente campagne, on observe de nombreux soldats atteints de *tremblements*, de *tics*, ou de *mouvements choréiformes*, à la suite de choc ou de traumatisme de guerre. Dans les divers services hospitaliers neurologiques de l'avant ou de l'intérieur, nombreux sont les malades qui rentrent dans cette catégorie et dont l'affection remonte parfois à une époque très éloignée. Si bien, que la longue persistance de ces troubles a fait soulever récemment devant la Société de Neurologie de Paris (Babinski) la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de faire rentrer un certain nombre de tremblements dans la catégorie des maladies organiques et de les ranger à côté des grandes affections trémogènes du système nerveux, comme relevant d'une lésion centrale, tant leur durée paraît quelquefois définitive.

Par ordre de fréquence, ce sont les tremblements qu'on observe le plus souvent, puis viennent les tics et les mouvements choréiformes.

Les conditions d'apparition sont très sensiblement les mêmes quel que soit le trouble envisagé; elles peuvent être étudiées en même temps.

Tantôt il s'agit de jeunes soldats arrivant pour la première fois sur la ligne de feu, tantôt de sujets déjà aguerris à la campagne et qui viennent d'être soumis à un bombardement violent, à une affaire particulièrement dure.

Parfois ce sont des sujets particulièrement nerveux, émotifs, à tares névropathiques antérieures, mais le plus souvent, tremblements ou tics apparaissent chez des soldats parfaitement sains antérieurement et sans aucun passé névropathique ou psychique.

Nous ne faisons que signaler en passant ces notions d'ordre étiologique qui seront développées plus loin, dans le chapitre qui traite de l'étiologie générale des psychonévroses de guerre.

Notons encore un fait important, plutôt contraire à ce qu'on pouvait attendre : la rareté des contagions directes immédiates. Pas plus dans nos observations personnelles que dans celles publiées par les auteurs on ne retrouve d'exemples de plusieurs soldats d'une même section ou d'une même compagnie atteints simultanément de tremblement, de tic ou de mouvements choréiformes; s'il en existe, ils paraissent exceptionnels.

Ce sont dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, des faits isolés. C'est à la suite du shock nerveux par éclatement d'obus à proximité, sans blessure extérieure, qu'apparaissent les troubles en question. Plus rarement on a pu les voir survenir à la suite de blessure légère par balle ou éclat d'obus, ou encore spontanément, suite de fatigue, de froid, de frisson (cas personnel).

Leur début est quelque peu variable.

Tantôt il est *précoce*, c'est le cas le plus fréquent. Un homme dans la tranchée, au poste d'écoute, dans un boyau ou dans un cantonnement de repos, est soumis à l'effet de l'éclatement d'un projectile à courte distance : torpille aérienne, mines ou obus de gros calibre. Il est projeté en l'air, jeté à terre ou enfoui profondément avec quelques-uns de ses camarades et perd connaissance. Lorsqu'il revient à lui, au poste de secours, à l'ambulance divisionnaire ou à l'hôpital d'évacuation, il est atteint de tremblement ou de mouvements cloniques. Plus rarement, les accidents apparaissent sans perte de connaissance, immédiatement après l'explosion au moment où l'homme se relève ou cherche à se relever.

Dans certains cas, les mouvements cloniques s'associent à



Fig. 1. — Contracture du genou droit datant de 18 mois.



Fig. 2. — Le même, guéri après une séance de traitement.



Fig. 3. — Scoliose névropathique, suite de blessure légère du flanc droit.



Fig. 4. — Tic clonique de l'épaule gauche.

d'autres troubles commotionnels, dont un des plus fréquents est la surdi-mutité.

Tantôt il est *tardif*; le tremblement ou les mouvements cloniques n'apparaissent qu'un certain temps, quelques heures ou quelques jours après le traumatisme (phase de méditation de Charcot). Ou bien c'est lorsque les malades se relèvent, guéris de leurs blessures qu'ils se mettent à trembler. Il y a là, en quelque sorte, une réminiscence du choc antérieur : *émotion rétrospective.*

Types cliniques divers. — Nous étudierons successivement :

Les tremblements dans lesquels nous ferons rentrer les divers mouvements choréiformes;

Les tics.

§ I. — *Les tremblements.*

Suivant leur modalité, ils peuvent être divisés en :

Tremblements atypiques, constitués par des mouvements désordonnés, irréguliers, et ne rappelant dans leur allure ou leur évolution aucun des tremblements des maladies trémogènes connues.

Tremblements typiques qui se rapprochent plus ou moins de ceux observés dans les maladies nerveuses à tremblement.

Les premiers paraissent de toute pièce imaginés par le sujet qui semble en régler à sa guise les effets et les modes d'extériorisation.

Les seconds, au contraire, semblent plutôt imités.

Les tremblements atypiques sont tantôt généralisés à tous les muscles de l'économie, tantôt limités à un membre ou à un segment de membre.

1° *Généralisés*, ils sont ordinairement associés, comme nous l'avons vu tout à l'heure, à d'autres signes faisant partie du tableau clinique du « syndrome dit commotionnel ».

Le masque facial, comme les oscillations désordonnées et irrégulières auxquelles est soumis tout le corps, semble traduire une indescriptible terreur. Aussi est-ce à juste titre que le tremblement a pu être considéré (Ballet) comme l'*expression mimique de la frayeur*. De même que les réactions circulatoires (tachycardie,

rougeur et pâleur de la face) et sécrétoires (poussées sudorales, lacrymales, insuffisance salivaire, décharges urinaires), les tremblements sont une des manifestations de l'émotion (Henry Meige).

Dans ces grands tremblements généralisés, les malades sont mus par des oscillations vibratoires d'intensité variable, parfois menues et discrètes, limitées aux extrémités des membres, plus souvent amples et désordonnées. Ce sont alors de vastes oscillations des membres rappelant celles des grandes chorées, accompagnées de mouvements cloniques des muscles de la face et du cou. Le malade ne peut se tenir debout ni marcher, il doit être transporté couché sur un brancard. Au moindre contact, au moindre examen (recherche des réflexes, soulèvement du drap du lit ou même entrée du médecin dans la pièce), ces mouvements à la fois illogiques et paradoxaux s'exaspèrent et prennent une intensité parfois surprenante. Un bruit violent, une porte qui se ferme brusquement, ou mieux encore un coup de canon entendu même dans le lointain déclanchent l'apparition des crises paroxystiques.

Chez un malade de notre service de Villejuif (février 1915) présentant tous les signes classiques de la *grande névrose trémulante* de Charcot, consécutive à un éclatement d'obus à distance, l'exaspération paroxystique des oscillations était particulièrement nette. Chaque matin, à l'entrée du personnel dans la salle, au moment de la visite, le malade présentait pendant plusieurs minutes une accentuation prononcée du tremblement et des phénomènes dyspnéiques qui l'accompagnaient. Peu à peu ces troubles se calmaient et reprenaient leur amplitude et leur intensité première.

Chez un malade de Meige, un bruit subit, un éclatement brusque, le séjour aux tranchées déterminaient de véritables crises motrices, des secousses très amples et généralisées jusqu'à la perte de l'équilibre; puis cette grande agitation s'apaisait peu à peu et le tremblement reprenait son intensité normale. La simple recherche des réflexes déterminait également des secousses généralisées très violentes.

Dans ces paroxysmes, il ne s'agit pas à proprement parler de tremblement, mais de *tressaillement* (Henry Meige). « La réaction motrice qu'ils constituent est due à une brusque contraction de presque tous les muscles fléchisseurs. Les bras se collent au torse, les avant-bras se replient sur les bras, les doigts se ferment,

Kunk

les cuisses se rapprochent du corps et les jambes des cuisses. Le tronc s'incurve en avant, sauf dans quelques exceptions; les épaules se soulèvent, la tête se baisse. Les muscles de la face participent aussi à cette brusque contraction ; les paupières se ferment, les dents se serrent, les lèvres se pincent. Bref, l'individu répond au choc émotif par un réflexe de défense généralisé qui a pour effet de le ratatiner, de réduire au minimum la surface de son corps. Ce phénomène de rétraction se retrouve dans toute l'échelle des êtres, à commencer par l'amibe, en présence d'un danger subit. Il est suivi d'une détente plus ou moins brusque, plus ou moins complète. Et parfois il se repète plusieurs fois de suite, avec une intensité croissante, puis décroissante. »

Enfin on retrouve fréquemment chez certains malades un état psychopathique particulier bien analysé par Henri Meige et identifié par lui sous le nom de *trémophobie* (peur de trembler). Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres. « La trémophobie, dit Meige, participe à tous les caractères des obsessions; elle se rapproche surtout de l'éreutophobie (peur de rougir) de Pitres et Régis. On la voit apparaître chez les sujets prédisposés, surtout chez ceux qui présentent la constitution maladive. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. De même que la rougeur de l'éreutophobe s'accroît avec les progrès de sa phobie, de même le tremblement du trémophobe augmente avec sa peur de trembler. Le phénomène physique engendre l'obsession qui, à son tour, amplifie la réaction somatique; l'exagération de cette dernière réagit également sur le trouble mental; ainsi se crée un cercle vicieux de réactions psychophysiques réciproques dont l'aboutissant est un véritable état de mal obsédant. »

2° *Limités*, ils sont cantonnés au niveau des membres, inférieurs ou supérieurs, d'un ou des deux côtés, ou encore à un segment de membre.

Les tremblements typiques se rapprochent, soit par les caractères mêmes du tremblement, soit par les signes qui les accompagnent, des affections trémogènes connues et cataloguées en neuropathologie. Contrairement à ceux du premier groupe

(tremblements atypiques) qui peuvent être considérés comme relevant de l'imagination pure du sujet, les tremblements typiques paraissent imités, plus ou moins inconsciemment bien entendu, quand il ne s'agit pas de simulation vraie.

Les tremblements typiques peuvent revêtir différents types.

Type pseudo-parkinsonien, dans lequel le tremblement généralisé, même rapide, régulier, prédomine aux extrémités des membres, surtout aux membres supérieurs. Parfois la ressemblance avec la maladie de Parkinson est telle que l'erreur peut être commise à un premier examen, et que le diagnostic mérite d'être discuté de très près.

D'autre fois le tremblement à type parkinsonien est localisé à une partie du corps ou même à un seul membre (type *hémi-parkinsonien*).

Type pseudo-sclérose en plaques, dans lequel les oscillations sont à plus grandes amplitudes que dans la forme précédente. Les mouvements oscillatoires s'accélèrent notablement dans les mouvements et surtout lorsque la main atteint son but. Néanmoins les ressemblances avec la sclérose en plaques ne sont que lointaines et ne tiennent pas à un examen approfondi.

D'autres fois encore, mais plus rarement, le tremblement menu, rapide, localisé aux extrémités des membres, peut rappeler celui du goitre exophtalmique (*tremblement pseudo-basedowien*), celui de la paralysie générale progressive (*type pseudo P. G.*) ou encore celui des tremblements toxiques (alcoolique) (*pseudo-toxique*), etc.

Quand le tremblement rappelle par ses caractères celui du goitre exophtalmique, et qu'il s'y ajoute une légère accélération du pouls (parfois d'ordre émotif), le diagnostic différentiel avec les formes frustes de la maladie de Basedow devient extrêmement difficile.

On sait, en effet, le rôle important attribué par les classiques à l'émotion, aux chocs physiques ou moraux de toute sorte, dans la pathogénie du goitre exophtalmique. Des faits semblant confirmatifs de cette manière de voir ont été observés et publiés, depuis le début de la présente campagne.

Pour nous, ce mode pathogénique est loin d'être démontré et la plupart des observations nous semblent devoir être revues de très près. Sans vouloir insister ici sur ce point, qu'il nous suffise de dire que nous n'avons pas vu un seul cas de maladie de Basedow où l'enquête serrée de très près ait pu établir d'une façon indiscutable le rapport certain entre le traumatisme ou le choc émotionnel et le début réel des accidents. Il nous paraît plus logique d'admettre que là encore, comme pour bien d'autres affections dont la pathogénie est inconnue mais dont la nature organique est indiscutable, l'émotion ou le traumatisme ne joue que le rôle révélateur d'une affection latente, au même titre que le choc sur le genou ou sur la hanche révèle le début d'une tumeur blanche ou d'une coxalgie.

C'est là une question très importante que celle des rapports des traumatismes et de certains troubles morbides (tuberculose, syphilis, etc.), question de portée générale et pratique fréquemment posée à l'heure actuelle et qui — en ce qui concerne certaines affections nerveuses — mériterait d'être reprise en détails.

Dans le *type pseudo-cérébelleux* les mouvements désordonnés de la marche, le défaut de l'équilibre, l'ataxie rappellent plus ou moins le syndrome cérébelleux.

Types pseudo-choréiformes. — Ils sont loin d'être rares et revêtent les différents aspects classiques des diverses variétés de chorées, soit celui de la grande chorée à mouvements irréguliers de tous les membres, de la tête, du cou et même des muscles de la face, soit ceux de la chorée de Sydenham, de la chorée rythmique ou de la chorée saltatoire. Tous ces types se caractérisent surtout par des troubles de la marche. Aussi les trouvera-t-on décrits avec détails au chapitre qui traite des troubles moteurs intéressant cette fonction.

*
* *

§ II. — *Les tics.*

Les tics toniques, tics d'attitude de Meige et Feindel, peuvent s'observer à la suite de blessures ou de shocks nerveux de

guerre, mais ils sont beaucoup moins fréquents que les tics cloniques ou mouvements spasmodiques qui apparaissent dans les mêmes conditions que les tremblements, c'est-à-dire après le shock nerveux consécutif à l'explosion d'obus à proximité ou à distance. Comme les tremblements, ils ont la propriété de céder facilement et rapidement à la psychothérapie, à condition d'être traités à une époque la plus rapprochée possible de leur début.

Ce sont les tics de l'extrémité céphalique que l'on voit ordinairement : contractions cloniques du cou (sterno-mastoïdien, trapèze, peaucier) ou de la tête : mouvements d'affirmation, de négation, spasmes palpébraux ou faciaux uni ou bilatéraux, mouvements d'élévation d'une ou des deux épaules.

S'il peut s'agir parfois d'anciens tiqueurs chez lesquels sont réapparus, à l'occasion des fatigues ou des émotions de la campagne, des tics disparus depuis quelque temps, le plus souvent on a affaire à des accidents apparaissant pour la première fois.

Mode d'évolution; pronostic. — L'évolution, la durée et la terminaison des phénomènes névrosiques que nous étudions — comme celle du reste de toutes les psychonévroses — offrent des différences et des variations telles qu'il est presque impossible d'en donner un aperçu général, tant du point de vue évolutif que pronostic. Ce sont des cas d'espèce qui varient à l'infini suivant le sort réservé aux malades, au cours de leurs évacuations successives à travers les diverses formations sanitaires de l'avant ou du territoire.

S'il est, en effet, des trembleurs chez lesquels les troubles peuvent s'amender ou même céder par le simple repos en arrière des lignes — cas exceptionnels — chez la plupart d'entre eux les tremblements ou les mouvements cloniques, abandonnés à eux-mêmes, semblent devoir persister presque indéfiniment. On connaît, soit dans les dépôts, soit dans les services spécialisés de l'intérieur, soit enfin en réforme temporaire ou n° 2, des cas de tremblement qui persistent depuis des mois ou même plus d'une année; certains malades tremblent depuis la bataille de la Marne. Tout dépend du moment où les malades sont traités et de la façon dont ils sont interprétés par les médecins qui les examinent.

Quant aux **récidives**, il est difficile de donner pour le moment

des renseignements précis à leur sujet. Les observations publiées par les auteurs, comme les nôtres, sont forcément incomplètes, vu l'impossibilité de suivre les malades pendant un temps suffisant.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on doive faire de sérieuses réserves sur l'avenir de ces sujets au point de vue de leurs aptitudes militaires ultérieures. Si l'accident est apparu brusquement, chez un sujet antérieurement sain, s'il a cédé rapidement à la thérapeutique, on est en droit de considérer la guérison comme quasi définitive et d'espérer que le soldat pourra reprendre sa place dans les tranchées après un certain temps de repos. Si, au contraire, on a affaire à un sujet particulièrement nerveux, émotif, ayant présenté antérieurement d'autres accidents névropathiques, le pronostic reste sombre en tant qu'utilisation militaire à l'avant.

La **nature** de ces troubles, notamment des tremblements a été discutée.

Babinski a posé récemment à la Société de Neurologie de Paris, dans son rapport sur *Les Caractères des troubles moteurs dits fonctionnels et la conduite à tenir à leur égard*, la question de la façon suivante :

« On observe en Neurologie de guerre un grand nombre de cas de tremblement souvent consécutifs à des commotions par éclatement d'obus. Ils ne présentent aucun des caractères qui appartiennent aux affections organiques comptant le tremblement parmi leurs symptômes et cependant ils résistent à la psychothérapie. Quelques-uns des membres de la Société se sont-ils particulièrement occupés de ces tremblements et peuvent-ils apporter des précisions sur leur nature et sur la conduite qu'il convient de tenir à leur égard. »

Pour Henry Meige, les tremblements peuvent être d'origine émotionnelle ou commotionnelle. Le tremblement émotionnel, manifestation de l'émotion, se traduit par les oscillations motrices très variables dans leur fréquence et dans leur amplitude... Généralement passager et disparaissant avec les autres éléments du syndrome émotionnel, il peut persister parfois fort longtemps et devenir même permanent. Dans ce cas, on peut admettre qu'une perturbation organique a pu se produire sous l'influence même du choc émotionnel. La ténacité des accidents, leur résistance à

tout traitement et à toute manœuvre psychothérapique confirme cette manière de voir.

Dans les tremblements commotionnels, un autre facteur intervient. La commotion agit mécaniquement par l'ébranlement et le brusque changement de pression qu'il provoque, sans parler de la violente projection du sujet sur le sol contre un corps résistant. Ces tremblements peuvent fort bien être sous la dépendance d'une lésion organique, ils semblent relever d'une perturbation définitive de l'appareil nerveux.

Guillain soutient aussi ce mode pathogénique.

Pour nous, il semble difficile d'admettre que les tremblements consécutifs au shock nerveux par explosion relèvent d'une lésion organique.

La preuve de cette façon de voir, nous la trouvons dans la guérison possible, souvent rapide, immédiate et persistante (nous ne disons pas définitive), obtenue par les moyens psychothérapiques institués en temps utile.

Si le fait qu'un accident nerveux cède rapidement et immédiatement à la psychothérapie est une preuve sans conteste de sa non-organicité, l'inverse ne saurait être vrai. C'est à tort, en effet, que l'on s'est appuyé sur la non-curabilité de certaines manifestations nerveuses pour les faire relever d'une lésion organique centrale. La persistance quasi définitive des troubles pithiatiques ou hystériques n'est-elle pas connue de tous, et ne voyons-nous pas dans nos grands hospices parisiens de Bicêtre ou de la Salpêtrière des sujets présentant des accidents hystériques incontestables quoique très anciens et dont personne ne mettrait en doute la nature?

Si les conditions thérapeutiques sont à ce point défectueuses à l'intérieur, si le pronostic des tremblements ou des tics reste là très sombre, est-ce une raison suffisante pour les considérer comme de nature organique, justiciables de propositions de réforme? Nous ne le croyons pas, puisque renvoyés à l'avant, ces tremblements ou ces tics sont susceptibles de guérison (cas personnels).

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic des tremblements et des tics par shock nerveux pose le problème plus général du diagnostic des accidents névrosiques classiques, sur lesquels il est inutile d'insister.

Certaines notions générales, tirées d'observations faites au cours de cette guerre méritent néanmoins d'être mises en valeur. Dans la discussion du diagnostic différentiel, on attachera de l'importance aux caractères qui suivent :

1° *Le mode de début*, toujours ou presque toujours rapide, brusque, lié plus ou moins directement à un shock nerveux, à une émotion, à l'explosion d'un projectile sans blessure extérieure.

2° *Les caractères généraux des mouvements anormaux ou des tremblements* qui sont le plus souvent rythmiques, désordonnés, irréguliers dans leur évolution et dans leur intensité, ordinairement exagérés dans les mouvements volontaires (tremblements dits intentionnels). Comme le dit Meige, cette dernière notion a peu de valeur sémiologique. Enfin, fait très important, les tremblements, surtout ceux des membres, sont accompagnés d'une contraction quasi permanente des groupes musculaires intéressés, contracture des muscles du cou et de la nuque dans les tremblements de la tête, contracture du poignet, du coude dans les tremblements des membres supérieurs, etc. Lorsque, au cours de manœuvres thérapeutiques, on obtient pour quelques instants la cessation de ces contractures, on voit rapidement le tremblement céder. On aura donc toujours soin, au cours du traitement, d'obtenir le relâchement musculaire complet, en recommandant aux malades d'ouvrir la bouche et de respirer profondément.

3° *Les symptômes contingents ou accessoires*, d'ordre somatique ou psychologique rendent de grands services dans la discussion du diagnostic; ce sont les efforts disproportionnés, les manifestations de dyspnée et les troubles d'ordre émotif qui accompagnent l'interrogatoire ou les premières tentatives thérapeutiques : mobilisation d'un membre contracturé et qui tremble.

4° *L'état psychique* très particulier de ces sujets qui leur fait donner une importance souvent trop grande aux phénomènes dont ils sont atteints; le fait qu'ils cherchent, dès le début de l'interrogatoire, à détourner l'attention du médecin, à l'attirer sur une fausse piste, à parler d'autres phénomènes subjectifs que ceux pour lesquels ils sont envoyés à l'hôpital, ce qui rend parfois très difficile l'examen de ces malades toujours bavards à l'excès. Souvent, ces impressions premières d'ordre psychologique mettront le médecin sur la voie du diagnostic en lui faisant présumer la nature réelle de l'affection.

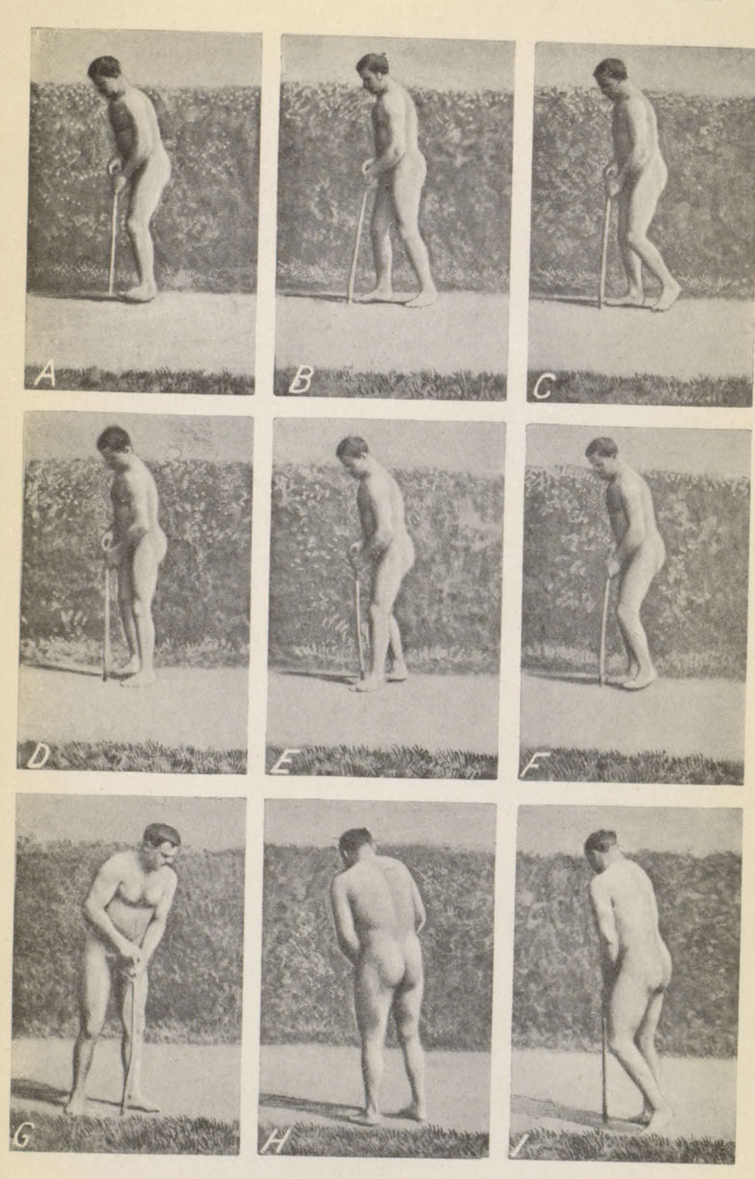
5° *L'absence de tout signe somatique* du côté de la réflectivité tendineuse ou cutanée, c'est-à-dire l'absence de modification véritable des réflexes, abolition ou exagération vraie avec trépidation épileptoïde, traduisant une adultération de l'arc réflexe. Trop souvent encore, on voit les médecins non spécialisés en neurologie attacher de l'importance à un certain degré de vivacité des réflexes tendineux : « réflexes exagérés, hyperesthésie plantaire », lit-on sur les billets d'hôpitaux, signes qui ne font que révéler un état de nervosisme fréquent chez les névropathes. Inutile de dire combien ces constatations impressionnent fâcheusement les malades.

Est-il nécessaire de rappeler ici qu'il est indispensable d'éviter à tout jamais la recherche des soi-disant stigmates de l'ancienne hystérie, recherche qui risque de créer de nouvelles manifestations névropathiques chez des sujets éminemment suggestionnables?

6° *La curabilité rapide ou immédiate* des troubles morbides enfin, présentent une réelle valeur en matière de diagnostic différentiel. Tout tremblement, tout tic, tout mouvement choréiforme qui cède à la psychothérapie, doit être considéré comme un trouble d'ordre fonctionnel, hystérique.

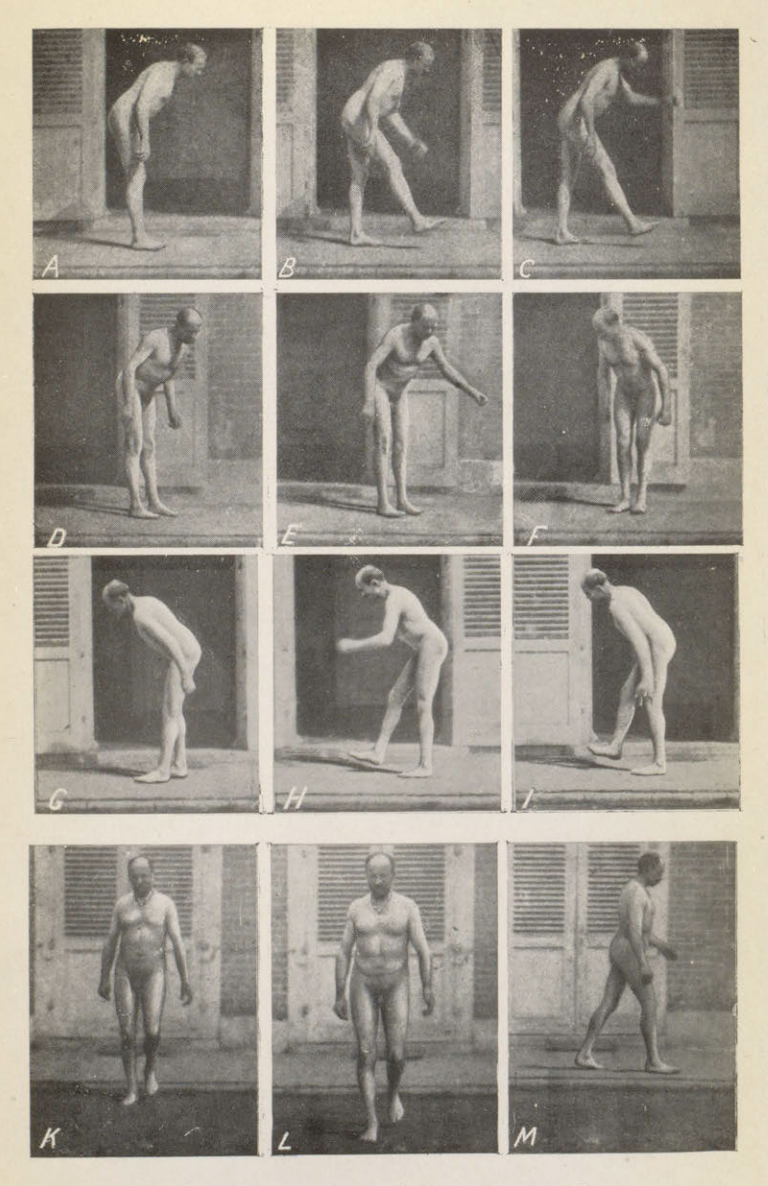
Ces quelques données directrices devront être constamment présentes à l'esprit du médecin appelé à examiner un psycho-névrosé. Elles permettront de dépister les affections trémogènes organiques qui, quoique rares en neurologie de guerre, peuvent se présenter. On peut voir, en effet, des cas de tremblement familial envoyés aux armées par erreur malgré leur tremblement; des cas de chorée vraie de Sydenham, apparaissant chez les soldats des jeunes classes; ou encore des affections organiques comme la sclérose en plaques, les syndromes cérébelleux survenant spontanément chez des sujets au cours de la campagne. Mais ici l'étiologie est tout autre, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'affection apparaîtra à la suite d'un shock nerveux consécutif à l'explosion d'un projectile. Ordinairement, c'est d'une façon spontanée que la maladie s'est établie. Le cortège symptomatique de ces affections permettra du reste de les reconnaître, mais encore faut-il avoir une certaine pratique neurologique.

C'est à dessein que nous ne parlerons pas ici des troubles relevant de la simulation pure, cette question ayant été traitée dans un chapitre spécial.

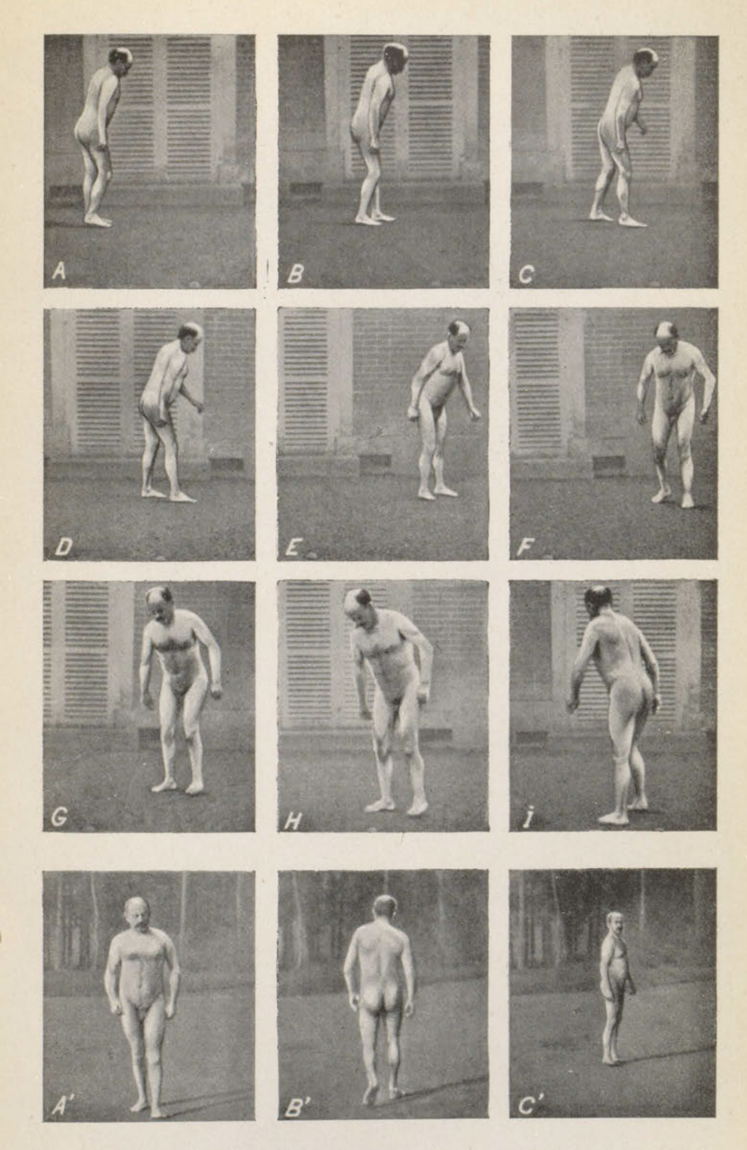


A à I. Troubles psychonévrosiques de la marche : type pseudo-coxalgique.
Démarche en trépied.

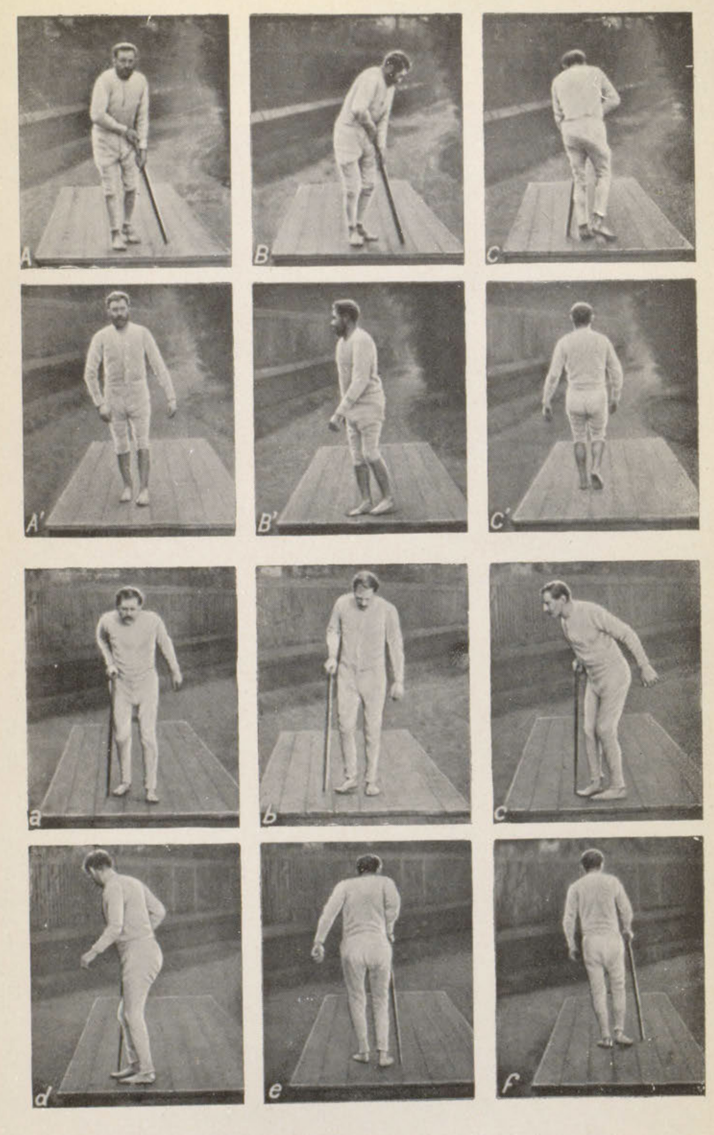
Page 72.]



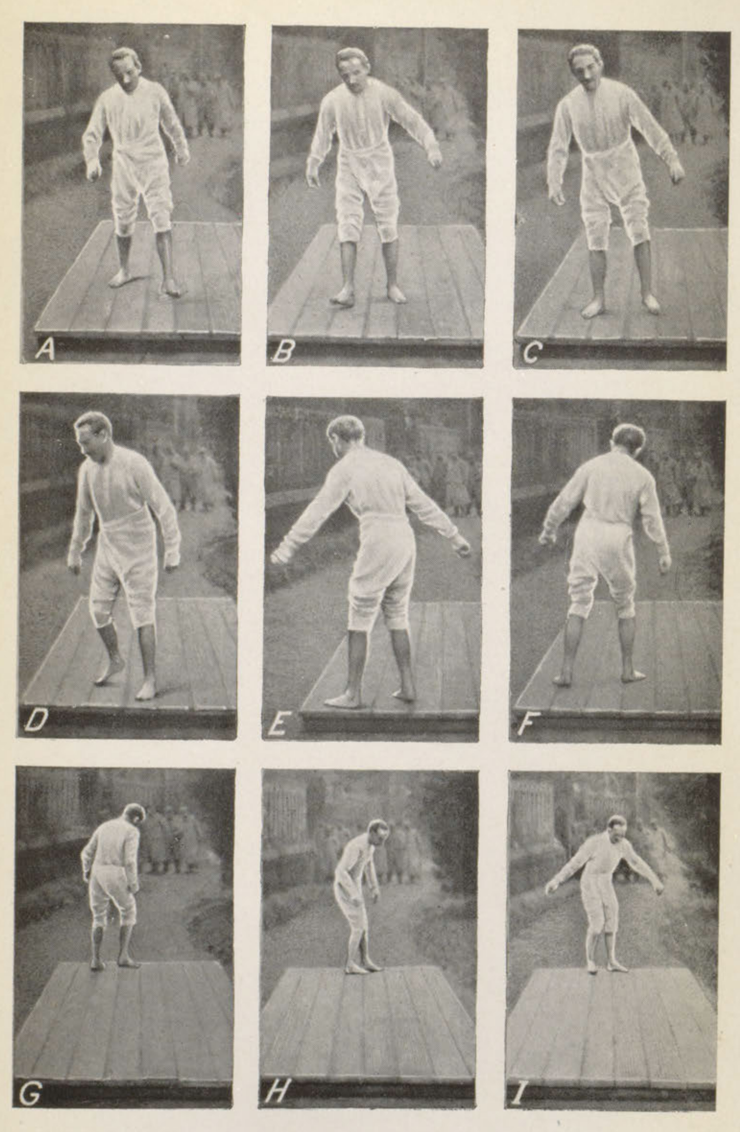
A à I. Troubles psycho-névropathiques de la marche avec plicature datant de 3 semaines. — K à M. Le même, guéri, après une séance de traitement psycho-électrique.



A-I. — Paraplégie fonctionnelle, type spasmodique avec légère camptocormie.
A′, B′, C′. — Le même guéri.



A, B, C. — Fausse sciatique droite datant de plusieurs mois.
A′, B′, C′. — Le même guéri 4 jours après.
A-F. — Monoplégie fonctionnelle droite, suite de sciatique.



A-I. — Boiterie de prolongation par fausse sciatique gauche.

CHAPITRE IV

LES TROUBLES PSYCHO-SENSITIFS

Ces troubles occupent une place importante parmi les manifestations psycho-névrosiques de guerre, tant par leur fréquence et leur durée que par les impotences fonctionnelles qu'elles entraînent.

Suivant leur degré de fréquence, les troubles sensitifs peuvent être divisés en deux grandes catégories :

1° *Les algies ou douleurs psychopathiques*, troubles sensitifs subjectifs qui occupent une place de premier plan, étant donnés leur nombre, leur durée et leur conséquence pratique au point de vue militaire.

2° *Les anesthésies* ou troubles sensitifs objectifs beaucoup moins importants, tant au point de vue sémiologique qu'au point de vue pratique.

*
* *

§ I. — LES ALGIES

Fréquence. — Elle est considérable. Un grand nombre de soldats de tout âge et de toute condition se trouvent immobilisés dans les hôpitaux, les ambulances ou les dépôts d'éclopés, ou sont traités à l'intérieur pour des douleurs et des impotences fonctionnelles purement névropathiques. Heureusement, depuis le Congrès des Neurologistes militaires tenu à Doullens en janvier 1916 et grâce à l'appui du Sous-Secrétaire d'État et du

Directeur général du Service de Santé des armées en opération, une filtration plus effective a pu être organisée aux armées.

Qu'il soit bien entendu, que sous le nom d'*algie psycho-névropathique* nous comprendrons toute douleur avec ou sans impotence fonctionnelle, douleur qui, pour des raisons cliniques (signes parodoxaux) ou thérapeutiques (guérison par psychothérapie), ne semble pas relever d'une lésion organique.

Parmi les variétés d'algies de toutes sortes que l'on peut observer, celles des membres inférieurs provoquant des boiteries sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont elles en effet qui assurent le plus rapidement et le plus certainement l'immobilisation des malades et leur renvoi sur les ambulances ou les hôpitaux de la zone des armées ou de l'intérieur. Ce sont elles aussi qui sont les plus faciles à simuler et les plus difficiles à contrôler.

Les conditions d'apparition des douleurs sont variables. Tantôt spontanées, elles paraissent survenir sans cause apparente ou à la suite d'une cause occasionnelle très légère comme une petite crise de rhumatisme, un état fébrile, une poussée infectieuse quelconque. Tantôt, et plus souvent provoquées, elles peuvent relever :

Soit d'un traumatisme quelconque, d'un choc, d'un coup de crosse ou de culasse, d'une chute de motocyclette, d'un éboulement ou d'un enfouissement n'ayant laissé aucune trace extérieure apparente ;

Soit d'une blessure de guerre par balle, éclat d'obus, shrapnell, (blessure légère), d'un éclat laissé un certain temps en place dans les tissus superficiels, visibles à la radiographie et sur lequel l'attention du sujet a été particulièrement attirée ;

Soit d'une épine organique déjà ancienne : malades qui ont eu une sciatique organique vraie, une légère arthrite rhumatismale de la hanche, du genou ou du coup de pied, un lumbago rhumatismal ou traumatique et chez lesquels semblent persister d'une façon définitive des phénomènes douloureux.

Soit enfin de lésions plus graves comme les gelures des pieds, soi-disantes névrites qui menacent de persister indéfiniment si l'on n'intervient pas à un moment donné d'une façon un peu radicale (G. Roussy et R. Leroux).

L'état antérieur des malades chez qui apparaissent les

troubles sensitifs subjectifs d'ordre névrosique paraît jouer un rôle de peu d'importance. Ils surviennent à tout âge aussi bien chez les soldats des jeunes classes que chez les vieux territoriaux ; chez les sujets sans tare névropathique antérieure comme chez les prédisposés, les imprégnés d'éthylisme.

Les types cliniques varient à l'infini, mais ils reproduisent en général dans leur mode d'extériorisation les aspects de syndromes connus dans lesquels la douleur joue un rôle primordial. Ce sont des attitudes vicieuses antalgiques, comme les plicatures, les scolioses, ou des impotences fonctionnelles comme les diverses boiteries. Ce sont encore des douleurs plus ou moins vives, sans déformation apparente, mais localisées dans des régions bien précises et sur lesquelles les malades appellent constamment l'attention (topo-algies hystériques ou neurasthéniques). Ce sont enfin différentes algies viscérales, gastriques, vésicales, rénales, etc., dont le diagnostic est souvent peu aisé.

Il est donc difficile de donner, dans une description d'ensemble, l'aspect clinique que peut revêtir la multitude des algies observées presque journellement à la consultation des services neurologiques militaires.

Pour essayer d'apporter un peu de clarté dans ce groupe si vaste, véritable « caput mortuum », on peut adopter la classification qui suit :

1° *Les algies des membres inférieurs*, de beaucoup les plus fréquentes.

2° *Les algies des membres supérieurs*, plus rares.

3° *Les algies du tronc et du rachis*, assez fréquentes.

4° *Les algies de la nuque et de la tête, les céphalées.*

5° *Les algies viscérales.*

Algies psycho-névropathiques des membres inférieurs. — Leur nombre est si considérable qu'on peut dire sans risque d'exagération qu'il est bien peu de services spécialisés ou non, de dépôts d'éclopés ou de convalescents où il n'y ait pas quelques soldats immobilisés pour des algies de nature purement pithiatique.

D'une façon peut-être un peu systématique, mais commode au point de vue du diagnostic différentiel, on peut les classer en trois

groupes principaux suivant leur ressemblance avec telle ou telle affection organique douloureuse des membres inférieurs.

Type pseudo-sciatique (Roussy et Grutzhaendler). — C'est l'ancienne sciatique hystérique des auteurs classiques, dont la fréquence est grande.

Le début de ces fausses sciatiques est exceptionnellement spontané. Parfois elles apparaissent à la suite d'un traumatisme quelconque, choc sur le genou, sur la jambe, petite blessure superficielle, etc. et rappellent tout à fait le type de l'accident hystéro-traumatique. Mais le plus souvent, c'est à la suite de douleurs plus ou moins vagues, rhumatismales ou rhumatoïdes d'un ou des deux membres que surviennent ces algies qui font que pendant des semaines ou pendant des mois les malades boitent et prétendent souffrir. Petite épine organique, sciatique réelle à un moment donné, telle est la cause habituelle sur laquelle viennent se greffer les manifestations psycho-névrosiques. Ces troubles psychiques pourront parfois paraître tout à fait sincères, inconscients, parfois subconscients, exagérés (*sciatique d'exagération*) ou prolongés (*sciatique de prolongation, avec boiterie d'habitude*) ou encore créés de toute pièce en vue d'un but qu'on devine trop aisément (*sciatique de simulation*). Mais il faut avouer humblement que dans l'apparition et la fixation de ces troubles, le rôle du médecin ne reste pas toujours étranger, que les diagnostics erronés portés sur les billets d'hôpitaux, les propositions de changements de corps ou les multiples pointes de feu dont sont couverts les malades, ne font que renforcer chez eux l'idée qu'il se font de leur maladie.

La différence entre ces trois modalités, troubles psychiques réels, exagération ou simulation, est souvent difficile et parfois même impossible à faire ; seuls les tests de l'*aveu* et du *flagrant délit* autorisent à affirmer qu'une algie ou une impotence fonctionnelle relève de la simulation.

L'aspect clinique des malades atteints de fausses sciatiques rappelle parfois à s'y méprendre celui de la vraie sciatique. Ce sont des hommes qui souffrent d'une jambe, quelquefois (exceptionnellement) des deux et qui boitent. Il y a donc lieu d'étudier chez eux, dans la discussion de la valeur sémiologique des signes : *les Douleurs* et leurs conséquences : *les Boiteries*.

1° *Des douleurs*, il y a peu de renseignements à tirer au point de vue du diagnostic, parce que le contrôle en est très difficile. Le malade indique le siège des douleurs sur le trajet du sciatique, à la fesse, à la cuisse ou à la jambe, souvent aussi au niveau de l'articulation sacro-iliaque. La pression profonde (point de Valleix) réveille ou semble réveiller les algies. Celles-ci sont quelquefois très intenses, empêchant (soi-disant) le sommeil; enfin les signes de Lasègue et de Bonnet sont positifs; mais il faut tenir compte ici du degré d'éducation créé chez le malade par suite des multiples examens auxquels il a été soumis. Parfois cependant le siège des algies est plus paradoxal. C'est au niveau de l'aine, de la partie inférieure de la cuisse, du genou ou de la région lombaire, sous forme diffuse, que prétend souffrir le malade. De telles indications prendront de la valeur en tant que signes de présomption en faveur d'une fausse sciatique. Les troubles de la sensibilité objective sont ici beaucoup plus fréquents que dans les sciatiques organiques. On trouvera de l'anesthésie à « type hystérique » en larges bandes, en grands placards, pouvant intéresser la totalité du membre inférieur (signes en faveur d'une pseudo-algie). Plus rarement, des zones d'hypoesthésie ou d'anesthésie en bandes parallèles rappelant de plus ou moins loin une topographie vaguement radiculaire. D'autres fois enfin, c'est de l'hyperesthésie de la peau de la région lombaire, de la cuisse ou de la plante du pied, exaspérée par la marche. Tous ces troubles sensitifs objectifs doivent être mis pour nous sur le compte des examens médicaux antérieurs. Si l'on procède à la recherche de la sensibilité suivant la méthode de Babinski (voir p. 90), on ne retrouvera jamais ces troubles sensitifs chez des sujets non entièrement examinés et chez ceux qui en présentent, on les verra toujours disparaître facilement au courant faradique.

2° *Les Boiteries* des malades atteints de fausse sciatique sont souvent très prononcées, plus marquées ordinairement que dans la sciatique vraie. La démarche se fait alors en sautillant, le membre inférieur maintenu contracté, soit en extension, soit en flexion. Les malades marchent appuyés des deux mains sur leur canne qu'ils tiennent devant eux et dont à chaque pas ils paraissent enfoncer l'extrémité supérieure dans l'abdomen, *démarche en trépied*. Ordinairement, c'est la pointe du pied ou seulement les orteils qui reposent sur le sol, ou bien le pied repose

à plat, mais les orteils sont maintenus en hyperflexion dorsale.

La course bien entendu est impossible, le malade se refuse même à la tenter. Dans la station debout, le sujet se maintient en position hanchée sur la jambe saine et refuse toute tentative de correction de cette attitude. Dans la position hanchée, le pli fessier du côté malade est abaissé ou effacé. Le pli inter-fessier est dévié du côté malade. Ou bien encore, ce sont des attitudes les plus bizarres : tronc plié en avant ou latéralement du côté sain, bassin remonté du côté malade avec faux raccourcissement du membre, scoliose compensatrice de différents types.

Le malade couché, on peut noter, soit une ascension, soit un allongement du côté malade, signes qui existent aussi dans les vraies sciatiques (Sicard). Dans les tentatives d'écartement des cuisses on note presque toujours une contracture des adducteurs que rien ne justifie. Ces malades s'opposent à toutes tentatives de mobilisation du membre douloureux, souvent contracturé, aussi bien à celles qui ont pour effet de tendre le sciatique qu'à celles qui le relâchent. A ce moment apparaissent des signes presque constants chez les psychonévrosés : la dyspnée, la contraction du diaphragme, les efforts qui devraient révéler les douleurs, les cris, les vociférations, l'apparition d'une crise de larmes ou d'une véritable crise convulsive. Lorsqu'on ordonne au malade couché de se lever brusquement, on le verra, dans les formes légères, se relever aussi bien sur son membre douloureux que sur son membre sain.

Quant aux signes somatiques de la sciatique vraie, ils manquent complètement : tous les réflexes cutanés ou tendineux sont normaux. Ils pourront être parfois un peu plus vifs que du côté opposé ; pas d'hypotonocité. Une atrophie musculaire diffuse peut exister exceptionnellement dans les formes très anciennes et s'explique, comme certains troubles vaso-moteurs (cyanose de la peau, exagération sudorale) par la très longue immobilisation.

Tels sont les signes cliniques sur lesquels on devra s'appuyer pour reconnaître une fausse sciatique. Sans doute le diagnostic différentiel est parfois épineux, et reconnaître chez un malade qui dit avoir eu à un moment donné une vraie sciatique, quels sont les symptômes réels et ceux surajoutés ou exagérés est tâche fort peu aisée. Quoi qu'il en soit, il nous semble que dans le doute, il est toujours préférable de pencher en faveur d'une fausse sciatique

et de traiter le malade comme tel : les manœuvres psychothérapiques amèneront sinon la guérison, du moins la clef du diagnostic.

Le type **Pseudo-crurite** est beaucoup moins fréquent. Le plus souvent il s'agit soit de contracture de la hanche prise pour une crurite, soit de début de véritable coxalgie.

Type pseudo-coxalgique (Roussy et Grutzhaendler). C'est l'ancienne coxalgie hystérique des auteurs, presque aussi fréquente que la forme précédente. Ici, c'est au niveau de la hanche et uniquement de la hanche que sont localisées les algies. La boiterie rappelle celle de la coxalgie. Le membre est contracté, le genou en extension ou en demi-flexion. A chaque pas le tronc s'incline fortement en avant, du côté malade. Dans la marche, les mouvements de flexion et d'extension de la hanche sont limités ou nuls. Lorsqu'on cherche à mobiliser l'articulation, on voit apparaître les contractions de défense ; parfois on surprend le malade à faire un mouvement opposé à celui que l'on veut imposer au membre : extension de la cuisse sur le bassin au moment où on cherche à la fléchir. Les signes de raccourcissement, de douleurs par percussion du genou la jambe étendue, la rotation externe du membre peuvent exister comme dans les vraies coxalgies. Aussi le diagnostic est-il parfois très difficile et faut-il avoir recours à un chirurgien pour l'examen approfondi de l'articulation, parfois nécessaire sous chloroforme, ou encore à l'examen radiographique de la hanche.

Le critère thérapeutique, guérison par psychothérapie, conserve toute sa valeur.

Il en est de même pour les **pseudo-arthrites** des autres articulations des membres inférieurs, notamment du genou (*gonalgie*), du cou-de-pied (*tarsalgie*) ou du talon (*pseudo-talalgie*) souvent étiquetées sciatiques.

Celles-ci déterminent elles aussi des boiteries parfois extrêmement accusées ; elles imposent les mêmes procédés de recherches de diagnostic différentiel que les arthrites coxo-fémorales.

Type pseudo-névritique. — Nous rangerons sous cette rubrique la variété d'algies localisées à un ou aux deux membres

et qui, à la suite d'une maladie infectieuse, d'un simple embarras gastrique accompagné de quelques vagues douleurs ont été étiquetées à un moment donné : *névrites* des membres inférieurs.

Or, les malades influencés par ce diagnostic persistent parfois fort longtemps à alléguer des douleurs des membres, occasionnant des troubles de la marche, sans que pour cela on décèle chez eux un signe quelconque permettant de révéler l'existence d'une altération névritique.

On peut ranger dans ce groupe un grand nombre des cas de troubles de la marche, par soi-disant névrites consécutives aux gelures des pieds (Roussy et Leroux).

Il s'agit de malades évacués des régiments ou des dépôts d'éclopés dans des services hospitaliers avec le diagnostic suivant : troubles nerveux, névrites ou phénomènes névritiques, œdème, hyperesthésie, consécutifs à une gelure ancienne des pieds. L'accident primitif (la gelure) remonte ordinairement à plusieurs mois, quelquefois même à plus d'une année.

Les manifestations cliniques consistent en des troubles de la marche : boiterie plus ou moins bizarre causée par des attitudes vicieuses paradoxales d'un ou des deux pieds, parfois même des jambes, avec douleurs qui nécessitent le maintien ou le renvoi de ces malades dans les hôpitaux.

Quand on examine de tels malades au point de vue somatique, on trouve au niveau d'un ou des deux pieds des attitudes vicieuses, tantôt permanentes, tantôt n'existant qu'au moment de la marche; marche sur le bord externe du pied, sur le talon postérieur, orteils en griffe dorsale ou même véritable pied bot varus équin. C'est le signe capital, celui qui attire d'abord l'attention.

En regardant de plus près, on observe quelquefois des modifications vaso-motrices, teinte violacée livide de la peau du pied, prolongation de la tache blanche, refroidissement net des téguments (2-3°) remontant plus ou moins haut, sur la jambe, enfin hyperhidrose. A remarquer qu'il s'agit de fragments de membre depuis longtemps immobilisés. Ces troubles vaso-moteurs sont loin d'être fréquents, ils nous ont paru même rares. Il en est de même de l'œdème qui, quoique figurant sur le billet d'hôpital, est souvent fugace, à peine perceptible ou nul. Les malades cependant insistent beaucoup sur ce symptôme qu'on a de la peine à constater de visu.

Un autre signe plus important vient compléter ce tableau clinique : c'est la présence de douleurs spontanées ou provoquées par la marche ; douleurs vives, comparées à des brûlures ou à des picotements, réduites parfois à une simple hyperesthésie de la plante du pied. Ces douleurs durent depuis des semaines ou des mois ; elles rendent la marche quasi impossible (boiterie prononcée, marche avec canne ou avec béquille). Ce sont elles qui ont causé et qui maintiennent les attitudes vicieuses.

Or, chez de tels malades, l'examen minutieux montre qu'il ne s'agit pas de troubles organiques dûment établis et suffisamment prononcés pour justifier de telles incapacités fonctionnelles. Rien notamment, ne permet d'affirmer l'existence à ce moment de lésion des nerfs périphériques ou des vaisseaux. Au contraire, dans tous les cas les douleurs comme les attitudes vicieuses cèdent d'une façon extrêmement rapide et vraiment surprenante aux méthodes psychothérapiques et électriques énergiques instituées dès l'entrée des malades. De plus, au fur et à mesure que les sujets reprennent l'usage normal de leurs pieds ou de leurs membres contracturés et douloureux, les séquelles d'œdèmes, les troubles vaso-moteurs ou thermiques disparaissent en même temps que les attitudes vicieuses.

Les algies des membres supérieurs. — Beaucoup moins fréquentes que celles du groupe précédent pour des raisons qui semblent faciles à comprendre, étant donné le moindre degré des impotences fonctionnelles qu'elles entraînent, ces algies sont ordinairement unilatérales, exceptionnellement bilatérales.

Elles peuvent, comme celles des membres inférieurs, rappeler soit le type des douleurs névritiques, soit celui des algies articulaires.

Dans la forme **pseudo-névritique**, ce sont des douleurs vagues, diffuses du membre ou d'un segment de membre, localisées quelquefois sur le trajet d'un gros tronc nerveux, douleurs qui ont succédé à un choc, à une blessure superficielle ou même sont apparues quasi spontanément. Les malades donnent des indications peu précises sur la nature, l'intensité et le siège des douleurs et insistent particulièrement sur l'impossibilité qu'ils éprouvent à porter le fusil, à soulever un fardeau, à porter le sac.

Ce qu'on voit plus fréquemment, surtout dans les services du territoire, c'est l'amplification des douleurs réelles, dans la sphère du médian ou du cubital par exemple, manifestations dans lesquelles l'exagération semble rentrer pour une bonne part.

Ces phénomènes douloureux peuvent exister isolément ou s'associer rapidement à des troubles hystériques d'autre nature, à de l'anesthésie ou de l'impotence fonctionnelle par paralysie flasque ou par contracture.

Dans la forme **pseudo-arthritique**, assez rare au coude et au poignet, très commune à l'épaule, on retrouve très sensiblement le même tableau clinique que dans les algies articulaires des membres inférieurs. Les malades souffrent depuis des mois au niveau des articulations qu'ils immobilisent plus ou moins complètement, souvent même ils se refusent à toute tentative d'examen et d'exploration.

Pour l'épaule notamment, le diagnostic différentiel est parfois très difficile et demande une enquête approfondie (exploration sous anesthésie, radiographie), ceci d'autant plus que très souvent les phénomènes pithiatiques sont venus se greffer sur une épine organique, arthrite sèche, péri-arthrite. Les procédés thérapeutiques employés encore communément comme les pointes de feu, les diagnostics erronés portés sur les billets d'hôpitaux, l'état psychique du sujet joints aux contages toujours possibles ont vite fait de fixer l'élément douloureux.

Algies du tronc (rachis, thorax, etc.). — De beaucoup les plus communes d'entre elles sont les douleurs du rachis qui par ordre de fréquence viennent se placer tout de suite après celles du membre inférieur. Ce sont des algies qui entraînent ces déformations du tronc, de la colonne vertébrale (scoliose ou plicature) dont un des plus beaux échantillons a fait récemment l'objet d'un procès retentissant et a attiré à tort, sur un soldat peu digne d'intérêt, la commisération d'un public toujours prêt à suivre la grande presse avide de scandale.

Les **rachialgies** d'ordre névropathique consistent en douleurs vagues, généralisées à toute une région (cervicale, dorsale ou lombaire) ou localisées au niveau d'une ou de quelques apophyses

épineuses, rappelant alors l'aspect clinique du mal de Pott. Rapidement ces algies provoquent des déformations et des attitudes vicieuses qui d'abord transitoires, inconstantes, facilement réductibles deviennent peu à peu permanentes et irréductibles.

Au début, ce sont donc des pseudo-spondylites où prédominent l'élément douloureux, spondylites avec troubles de la marche, impossibilité de se tenir étendus sur le dos, de mouvoir la colonne vertébrale. Les malades marchent légèrement inclinés en avant. Ils parviennent néanmoins à se redresser mais avec de grandes difficultés; dans tous les cas récents, ils sont facilement redressables sans qu'il soit nécessaire d'appliquer des manœuvres de force.

C'est un éboulement, un choc, une poutre ou une travée d'abris ou encore l'éclatement d'un obus à proximité qui a occasionné les troubles, quelques heures ou quelques jours auparavant. Presque toujours ces malades ont perdu connaissance; ils sont revenus à eux en souffrant du dos.

Tels sont les cas qui trop souvent, au début de la campagne, ont été étiquetés par erreur « hématomyélie », « lésion médullaire », « commotion médullaire ». En effet, ces sujets rassurés sur leur état, sur l'absence d'aucune lésion médullaire grave, guérissent toujours rapidement et facilement si l'on intervient à temps.

Même dans les cas anciens, on arrive encore à guérir ces malades, surtout lorqu'ils sont renvoyés de l'intérieur dans les services neurologiques des armées.

Plus tard, à l'élément douloureux sont venues s'ajouter des contractures créant des attitudes vicieuses permanentes. A la spondylite douloureuse a fait place une pseudo-spondylose; tout se passe en effet comme si la colonne vertébrale était ankylosée (scoliose, cyphose, lordose). Or, il n'en est rien puisque ce sont les muscles rachidiens contracturés qui l'immobilisent comme le prouve l'examen radiographique, les examens sous chloroforme et la guérison par diverses manœuvres thérapeutiques (torpillage, Clovis Vincent; corset plâtré, Souques et Mme Rosanoff-Saloff). Ces divers types de contractures ou camptocormies (Souques) ont été décrits en détail au chapitre I (page 36).

Si le premier type, *spondylite douloureuse*, appartient surtout aux formations de l'avant et représente la forme de début de l'affection, le second au contraire, *pseudo-spondylose*, est l'apa-

nage des centres neurologiques du territoire où les exemples abondent aujourd'hui.

Les lombalgies ou pseudo-lumbago. — Cette forme assez commune n'est qu'une variété de rachialgie. Elle a la même étiologie : éboulement, choc ou fort traumatisme. Elle revêt le même aspect clinique : immobilisation vertébrale dorso-lombaire avec contracture musculaire, douleurs, plicature, troubles de la marche qui souvent se fait à petit pas raccourcis. Elle mérite d'être individualisée à cause de sa fréquence et de ses ressemblances avec le vrai lumbago traumatique ou rhumatismal dont elle est souvent très difficile à différencier. D'autant plus que, comme pour les sciatiques, on a fréquemment affaire à de simples prolongations ou exagérations d'une affection douloureuse : épine organique avec élément psychique surajouté.

De tels malades sont évacués sur les services spécialisés pour diagnostic et enquête avec les étiquettes d'hystéro-traumatisme, de lumbago traumatique, d'algies lombaires, etc.

Signalons encore les **algies du thorax**, *points de côté*, *pleurodynies*, *fausses névralgies intercostales*, spontanées au traumatiques, souvent accompagnées de dyspnée, douleurs sans cause organique décelable à l'examen approfondi de l'appareil respiratoire, de la cage thoracique, contrôlé aux rayons X. D'après nos expériences personnelles, elles nous paraissent rares et de peu d'importance.

Il en est de même des **algies abdominales** : *fausses appendicites*, *algies* chez des anciens opérés de hernie, etc., qui n'offrent en tant que psychonévrose de guerre rien qui ne figure déjà dans tous les traités classiques.

Algie du cou et de la tête. — Au cou, on peut voir des algies de la nuque. Elles sont rarement isolées, mais accompagnées le plus souvent de phénomènes de spasmes des muscles du cou, **torticolis tonique ou clonique** qui ont été décrits précédemment.

Les **céphalées** forment un groupe important comme manifestations nerveuses observées chez les accidentés de guerre. Mais

parmi elles il faut distinguer divers types ; tous ne rentrent pas dans le cadre des affections qui font l'objet de ce livre.

1° *Les céphalées à proprement parler hystériques ou pithiatiques*, nous paraissent tout à fait exceptionnelles, si l'on comprend uniquement sous ce nom les affections inorganiques susceptibles de guérir rapidement et complètement en quelques séances de psychothérapie.

2° *Les céphalées neurasthéniques ou psychasténiques*, au contraire, font fréquemment partie du tableau symptomatique de la neurasthénie. Elles ne présentent rien de particulier en tant que psychonévrose de guerre, si ce n'est qu'ordinairement rebelles elles nécessitent un traitement prolongé et l'évacuation des malades sur les services de l'intérieur.

3° *Les céphalées des bombardés* sont extrêmement fréquentes ; elles font partie en quelque sorte du syndrome commotionnel tardif et l'on peut dire que presque tous les sujets qui ont été exposés à l'explosion d'obus à proximité souffrent de la tête, parfois même fort longtemps après l'accident. Ce sont des céphalées occipitales ou frontales tenaces, cédant peu aux analgésiques, parfois calmées par la ponction lombaire qui peut révéler une légère lymphocytose et de l'hypertension. Ces céphalées enfin ne rentrent pas à proprement parler dans le cadre qui nous occupe, car elles paraissent relever d'une altération organique, vasculaire ou liquidienne céphalo-rachidienne et ne sont pas modifiables par la psychothérapie.

4° *Les céphalées des anciens trépanés* forment enfin un groupe important par leur fréquence et les conséquences pratiques qu'elles entraînent. Récemment Pierre Marie a attiré l'attention sur l'importance de ces séquelles consécutives aux trépanations. Mais ici encore il s'agit de troubles relevant de lésions organiques auquelles un certain degré d'exagération ou de persévération peut venir se surajouter.

Algies viscérales. — Elles sont assez rares en tant que manifestations névropathiques, hystériques à proprement parler, par suite de traumatismes de guerre ; par contre elles font communément partie des syndromes neurasthéniques ou psychasthéniques : *douleurs des testicules*, à la suite de blessure ou de castration, *cystalgie* chez des commotionnés, *gastralgie* accom-

pagnée de vomissements chez les gastropathes, *douleurs précordiales* et *dyspnée* fréquentes chez des sujets ayant été soumis aux gaz asphyxiants ou suffocants.

Ces algies s'accompagnent ordinairement de troubles viscéraux névropathiques qu'on trouvera exposés au chapitre qui traite de cette question (chap. VII).

Évolution et Pronostic des algies.

La durée des algies névropathiques est variable à l'infini. Une foule de causes comme les divers diagnostics posés, les méthodes thérapeutiques employées, une foule de raisons faciles à concevoir (immobilisation, évacuation, etc.) en régissent l'évolution. L'expérience de cette guerre prouve de plus en plus que ces douleurs, comme du reste les autres troubles « dits hystériques » n'ont qu'une individualité minime ou nulle. Ce sont des conditions ambiantes qui les règlent, conditions dans lesquelles le sujet n'intervient que peu ou prou.

Régler ces conditions, canaliser les nombreux malades prétendant souffrir de douleurs depuis des mois ou même plus d'une année, les diriger sur des services spécialisés, telle est l'œuvre que s'est efforcée de poursuivre le Service de Santé.

Reconnaître la véritable cause de la douleur, faire la part des phénomènes psychiques de ceux relevant de l'exagération, de la prolongation ou de la simulation, éviter d'impressionner les malades en cherchant au contraire à les rassurer, leur donner enfin la *raison*, l'*occasion* (que souvent ils attendent) de guérir, telle est l'œuvre que nous devons, nous autres médecins, avoir constamment en vue, en présence des psychonévrosés de guerre.

Aussi ne craignons-nous pas de dire que toute *algie fonctionnelle inorganique peut* et *doit* guérir — ou du moins *devrait* guérir. Leur durée et leur pronostic est donc fonction du diagnostic posé et des méthodes thérapeutiques employées.

Diagnostic différentiel des algies.

Le diagnostic des algies hystériques est tantôt très facile, tantôt très difficile.

Il est facile, quand il s'agit de sujets présentant d'autres signes d'ordre névrosique comme les crises convulsives, les tremblements, etc., lorsque la douleur relève directement d'un traumatisme, où qu'elle apparaît comme une manifestation de récidive chez un malade à passé nettement névropathique. Au contraire le diagnostic devient difficile, quand les douleurs et leurs conséquences (impotences fonctionnelles) constituent le premier accident et le symptôme unique. Ce diagnostic devient encore plus difficile dans les cas où l'élément psychique s'est surajouté à une épine organique. C'est alors affaire de doigté, de nuance et d'expérience.

Au cours de l'exposé des différents types cliniques, nous nous sommes efforcés de mettre surtout en valeur les signes pouvant servir pour le diagnostic différentiel et permettant de distinguer par exemple les pseudo-sciatiques des sciatiques vraies, les pseudo-coxalgies des coxalgies véritables.

Dans cette discussion de la valeur sémiologique des symptômes, il faut savoir que l'élément *douleur* ne peut guère servir pour le diagnostic. Il n'y a, en effet, aucun signe positif certain de la douleur et il est impossible d'affirmer qu'un malade qui dit souffrir ne souffre pas, exception faite bien entendu pour les cas de simulation pure où la supercherie peut être décelée.

On se basera donc sur l'ensemble d'un certain nombre de signes qui, groupés et mis en parallèle, acquièrent une réelle valeur pour le diagnostic. Voici les principaux :

1° *Mode d'extériorisation des douleurs.* — Elles sont habituellement *illogiques* dans leur modalité, *erratiques* dans leur localisation : douleurs de la main avec impotence fonctionnelle complète de tout le bras; défaut de rapport entre le traumatisme et la douleur, choc sur le flanc gauche déterminant une pseudo-coxalgie de ce côté ou du côté opposé, etc. Ces algies ne siègent pas sur le trajet anatomique des nerfs périphériques ou des plexus et ne s'accompagnent pas de points douloureux sur le trajet du nerf ni sur l'interligne articulaire; elles sont *mobiles* et particulièrement changeantes dans leur localisation. La pression sur une zone douloureuse ne provoque pas de mydriase.

Elles ne sont *pas constantes* dans leur effet, provoquant parfois de légères impotences, de faibles boiteries, d'autres fois des troubles moteurs prononcés. Souvent au cours d'un examen un peu prolongé ou à la suite d'examens répétés ou les verra varier du

tout au tout dans leur intensité, d'un jour à l'autre, ou durant une même séance.

2° *Signes contingents notés au cours de l'examen.* — En dehors des signes allégués par les malades — les douleurs et leurs effets immédiats : boiterie, impotences fonctionnelles, attitudes vicieuses permanentes ou passagères — il existe une série de signes accessoires ou contingents que mettent en lumière les procédés d'exploration du membre ou de la région malade, signes qui souvent mettront sur la voie du diagnostic. Dans leur ensemble ce sont les mêmes que ceux déjà indiqués au chapitre précédent, à propos des tremblements, à savoir :

Les manifestations respiratoires (dyspnée d'effort et dyspnée émotive), la résistance opposée par les malades aux tentatives d'exploration ou de mobilisation. Les sujets qui prétendent souffrir dans un membre, une articulation, font des efforts extraordinaires pour immobiliser leur membre, efforts qui devraient réveiller des douleurs, ce qui ne se produit pas;

L'état psychologique de ces malades, souvent peu francs, ne regardant pas volontiers en face, toujours prêts à détourner la conversation, à faire dévier l'enquête médicale pour l'aiguiller sur une piste autre que celle où elle s'est engagée;

L'apparition des troubles nerveux surajoutés : tremblement, ébauche de crise convulsive ou véritable crise convulsive, crise de larmes, sudation, etc.

3° *L'absence de signes somatiques* conserve, bien entendu, toute sa valeur : absence de modification véritable des réflexes, d'atrophie musculaire, d'ankylose, de troubles vaso-moteurs, de modifications électriques, dans les cas d'algie pure récente, ou d'algie avec troubles moteurs peu prononcés. Si, au contraire, les troubles moteurs sont devenus prédominants ou permanents apparaissent alors, par suite de la longue immobilisation, des rétractions fibro-tendineuses, des amyotrophies diffuses, de l'hypoexitabilité électrique, enfin des troubles vaso-moteurs. Tous ces signes ont été étudiés au chapitre I où a été discutée leur valeur sémiologique.

4° *Les épreuves et les résultats thérapeutiques* prennent ici, bien entendu, une grande valeur. La disparition rapide d'une douleur déjà ancienne à la suite d'une ou de quelques séances de psychothérapie prouve sa nature névropathique (inorganique), surtout quand la guérison est avouée et acceptée par le malade,

et qu'avec elles disparaissent les attitudes vicieuses ou les impotences fonctionnelles.

Il en est de même de l'épreuve thérapeutique inverse, injections de morphine, de cocaïne, de stovaïne, qui ne provoquent que peu ou pas de cédation des douleurs et amènent même quelquefois une aggravation.

Enfin, il va de soi que l'on n'hésitera pas à recourir chaque fois que faire se peut, — surtout dans les cas d'association de troubles névropathiques et d'éléments organiques — aux méthodes d'exploration positive comme la ponction lombaire, l'examen radioscopique ou radiographique, l'exploration sous chloroforme ou rachianesthésie. Ces méthodes révéleront parfois l'existence d'une légère adultération osseuse ou vertébrale par exemple, point de départ de tout le mal ; elles auront toujours le meilleur effet sur la mentalité des malades à condition, bien entendu, d'éviter devant eux toute parole imprudente.

*
* *

§ II. — LES ANESTHÉSIES, ANALGÉSIES, HYPERESTHÉSIES, ETC.

Les altérations de la sensibilité objective offrent une importance beaucoup moins grande que celles de la sensibilité subjective étudiées dans le paragraphe précédent.

Non perçues par le malade elles n'entraînent avec elles aucune gêne fonctionnelle. C'est là, du reste, un caractère princeps donné par les classiques aux anesthésies hystériques, caractère qui se retrouve bien entendu chez les psychonévrosés de guerre.

Symptômes non identifiés par le sujet qui en est porteur, mais mis en évidence, au cours des explorations, par ceux qui les recherchent, les anesthésies ou analgésies ne sont pas, chez les soldats, cause d'hospitalisation ou d'évacuation. Jamais elles ne constituent un signe prédominant ou isolé, mais font partie d'un tableau symptomatique d'ordre fonctionnel : hémiplégie, crises convulsives, tremblement, paralysie, etc., au cours duquel elles apparaissent, à condition d'être recherchées. A un premier examen les malades n'attirent pas l'attention sur elles.

C'est pourquoi, disions-nous au début de ce paragraphe, les anesthésies n'occupent-elles, au point de vue pratique, en neurologie de guerre, qu'une place de second plan.

Cependant, la valeur attribuée par les classiques aux troubles de la sensibilité objective dans les névroses, dans l'hystérie notamment — opinion admise encore par la plupart des médecins, — nous oblige à traiter la question avec quelques détails.

Mais, au préalable, il est indispensable de s'entendre sur la valeur sémiologique à donner aux anesthésies dites hystériques et sur la façon de les concevoir.

Tous les cas que nous avons eu l'occasion d'observer (Roussy et Boisseau), en recherchant la sensibilité suivant le procédé de Babinski, nous ont amenés à adopter entièrement la manière de voir de cet auteur.

On aura soin pour cela de procéder comme suit :

Ne pas inviter le malade, les yeux fermés ou bandés, à dire s'il sent mieux ou moins bien le contact, la piqûre, ou la température, en tel ou tel point du corps;

Ne pas l'inviter non plus à dire « oui » ou à faire un signe à chaque contact ou à chaque piqûre, ce qui risque encore d'attirer son attention sur l'examen auquel il est soumis;

Mais prier le malade d'indiquer rapidement avec le doigt le point touché ou piqué.

En procédant de la sorte, nous n'avons jamais noté d'anesthésie ou d'analgésie chez les bombardés, chez les psychonévrosés de guerre non soumis antérieurement à une exploration médicale. Bien mieux, il nous est arrivé souvent de ne pas retrouver des anesthésies notées sur les observations des malades, comme ayant existé quelques jours ou quelques semaines auparavant. Pour cela, il faut avoir soin de recourir à la contre-suggestion et, tout en explorant la sensibilité, réprimander les malades qui paraissent hésiter dans leurs indications. Bien vite on obtient ainsi des réponses très satisfaisantes, aussi satisfaisantes que dans les régions réputées saines.

Nous admettons donc, avec Babinski, que les anesthésies comme les analgésies ou les hyperesthésies dites hystériques ou pithiatiques sont créées par la suggestion médicale ou toute autre suggestion à laquelle a pu être soumis le malade. Elles n'en conservent pas moins une certaine valeur sémiologique pour le diagnostic

différentiel, car elles sont la marque d'un état de suggestibilité accusée.

La fréquence des anesthésies de guerre est considérable si l'on en juge d'après les observations et les faits notés sur les feuilles ou billets d'hôpitaux qui accompagnent les malades. Cette fréquence est fonction des procédés de recherches utilisés. Or, comme il est de pratique courante de rechercher systématiquement l'état de la sensibilité chez les nerveux, depuis le poste de secours jusque dans les formations sanitaires de l'intérieur, en passant par les ambulances, les hôpitaux d'armées, les hôpitaux d'évacuation, etc., on peut dire que presque tous les psychonévrosés de guerre présentent à un moment donné des troubles sensitifs objectifs.

Le moment et le mode d'apparition de ces anesthésies est imposible à préciser. Non apprécié par le malade lui-même, ce symptôme n'est connu de lui qu'au moment où, au cours d'une exploration, il est mis en évidence. Il arrive très exceptionnellement que les malades eux-mêmes attirent l'attention sur les troubles d'ordre anesthésique qui doivent être alors considérés comme très suspects, à moins qu'il s'agisse d'anciens sujets hystériques avec récidives de manifestations antérieures.

Les caractères cliniques sont ceux décrits partout et trop connus pour qu'il soit utile d'y insister ici. Analgésies plutôt qu'anesthésies, variant comme étendue, depuis de petites plaques à de grands placards ou à de vastes zones, elles sont *massives*, *totales*, intéressant tous les modes de la sensibilité superficielle (tact, douleur, température) et profonde (notion des attitudes, perception stéréognostique). Habituellement plus intenses que les anesthésies organiques, elles se distribuent suivant une topographie classique dite segmentaire, en manchettes, en gants, etc. et ne répondent pas au trajet anatomique d'un nerf ou d'une racine. On peut cependant leur retrouver quelquefois, au niveau des membres, une topographie en bandes parallèles rappelant vaguement la distribution radiculaire ; ceci depuis que l'on connaît et recherche les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire.

Enfin, signe très important sur lequel on ne saurait trop insister, les anesthésies hystériques ne gênent en rien les malades qui en sont porteurs. Si elles ne sont pas greffées sur des troubles moteurs, les sujets peuvent facilement exécuter, les yeux fermés, de petits mouvements dans lesquels le contrôle de la sensibilité superficielle est indispensable : acte de boutonner ou de déboutonner un bouton, de prendre sur une table un petit objet comme une épingle, etc.

Anesthésie ou analgésie, hyperesthésie ou hyperalgésie, s'observent rarement isolées. Presque toujours elles font partie d'un syndrome plus complexe dans lequel prédominent des troubles moteurs : hémiplégie, paralysie, monoplégie, etc.

Quant à **la durée** de ces troubles, elle dépend comme pour les autres phénomènes d'ordre névrosique, de la façon dont ils ont été envisagés et traités au début. Tous cèdent très vite au courant faradique, presque toujours en une seule séance. Beaucoup moins fixes que les troubles moteurs, les anesthésies disparaissent les premières en cas d'association sensitivo-motrice.

Diagnostic différentiel. — Il est facile de reconnaître une anesthésie ou une analgésie psychique grâce à ses caractères propres, à sa topographie, ainsi qu'aux symptômes qui l'accompagnent : paralysie, contracture à type pithiatique.

Ce diagnostic devient un peu plus difficile en cas d'association hystéro-organique : paralysie radiale ou faciale avec troubles sensitifs surajoutés, mais ici encore il suffit d'y penser pour reconnaître la nature réelle de ces anesthésies.

Nous croyons pour notre part que bon nombre de troubles sensitifs objectifs à allures paradoxales, notés chez des blessés de guerre récents ou anciens, relèvent de ceux que nous étudions et ne sont souvent que l'effet de la suggestion médicale.

Le diagnostic différentiel peut encore offrir des difficultés dans des cas plus complexes. Un homme par exemple, à la suite d'une plaie cranienne au niveau d'une région motrice fait du côté opposé une hémiplégie ou une monoplégie, avec anesthésie. Un tel malade peut en imposer pour un organique; on peut penser à une hémiplégie avec hémianesthésie, soit d'origine thalamique, soit à un syndrome sensitif d'origine corticale (syn-

drome sensitif cortical de Dejerine). Mais dans ce cas ce sont des anesthésies non globales, intéressant davantage les sensibilités profondes que les sensibilités superficielles, revêtant quelquefois même une topographie radiculaire (topographie radiculaire corticale) et enfin (en cas de lésion thalamique) s'accompagnant de douleurs, d'hémichorée et d'hémitremblement.

En faveur au contraire d'un trouble organique fonctionnel, plaident les résultats thérapeutiques : disparition rapide de l'anesthésie au courant faradique.

En résumé, il ressort de l'étude que nous venons de faire des anesthésies dites hystériques, que si elles peuvent présenter quelque intérêt en neurologie de guerre, pour faire présumer un état névropathique, leur valeur sémiologique a été fortement exagérée. Si les médecins renonçaient à rechercher systématiquement ces troubles sensitifs, d'intérêt toujours secondaire et même nul, ou encore s'ils voulaient bien explorer la sensibilité comme il convient, la fréquence des anesthésies hystériques diminuerait considérablement, pour ne pas dire plus.

CHAPITRE V

LES TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS

Dès le début de la présente campagne, les troubles sensoriels d'ordre psychonévrosique prenaient une importance telle, qu'ils devaient être parmi les premiers à attirer l'attention sur le rôle joué par les puissants explosifs modernes sur le système nerveux.

Parmi eux, les troubles de l'audition dominent la scène, tant par leur importance que par leur fréquence. Ils apparaissent isolés, *surdité*, ou associés à des troubles de la parole, *surdi-mutité*.

Plus rares sont les *troubles visuels*; enfin exceptionnels, sont ceux de l'*odorat* ou *du goût*.

*
* *

§ I. — *Troubles de l'ouïe et de la parole.*

Nous décrirons dans un même chapitre les troubles de l'ouïe et de la parole, parce que souvent réunis ils font partie du même tableau clinique.

Ces troubles forment un type clinique très spécial, presque inconnu avant cette guerre, même à la suite des grands cataclysmes : incendies, naufrages, tremblements de terre; à tel point qu'on peut dire qu'il ressortira comme une des entités morbides d'ordre névrosique créées par la guerre actuelle.

Les conditions d'apparition des troubles auditifs sont presque toujours les mêmes : bombardements violents, explosion de mine, de torpilles, d'obus de gros calibre à proximité ou à quelque dis-

tance, sans blessure apparente extérieure. Ils font partie du syndrome commotionnel et en représentent même un des signes les plus constants. Il est exceptionnel de les voir survenir spontanément ou chez un blessé véritable atteint de plaie du crâne, de fracture ou de plaies des membres par exemple.

Leur **début** est brusque et se fait à la suite d'une perte de connaissance de quelques heures ou même de quelques jours, quelquefois sans perte de connaissance ; les soldats reviennent à eux obnubilés, ils se disent comme fous, se relèvent ou sont transportés au poste de secours par les brancardiers, et au moment de répondre au major qui les interroge, ils s'aperçoivent qu'ils n'entendent pas et qu'ils ne peuvent pas parler. C'est par les brancardiers ou par les infirmiers que sont donnés aux malades ces différents renseignements. Le sujet lui-même, une fois guéri, se souvient de l'explosion, puis plus de rien jusqu'au moment où, à l'ambulance, il est revenu à lui.

Voici, à titre d'exemple, un récit fait par écrit par un de nos malades.

Le 16 janvier je suis parti pour Verdun. Devant le village de .... De là je suis été prendre les tranchées à la côte 304 et ensuite .... Dans la journée, nous avons eu un bombardement par l'artillerie allemande par des pièces de gros calibre. J'ai été contusionné par des pierres. Le soir quand le bombardement eut été fini, avec l'autorisation de l'adjudant et du lieutenant je suis été au poste de secours. Le Major m'a fait des frictions. Ensuite je m'en retournais aux tranchées, j'avais à peine fait 500 mètres, arrive un obus tombé à deux mètres de moi, à ce moment j'ai perdu la tête; je me suis mis à courir je ne sais où. Quand un brancardier me rencontra. Il me dit où c'est que j'allais? Je lui fis comprendre que je ne pouvais pas parler. Alors il m'a amené au poste de secours.

Je sais que le Major m'a interrogé. Je lui ai fait signe que je ne pouvais pas causer. Alors je ne me rappelle plus au juste. Je sais que de l'ambulance de Vittel je suis été porté à l'hôpital Cérès et j'y suis resté onze jours sans pouvoir parler et de là le Major m'a évacué à l'hôpital de Scey-sur-Saône.

Ce malade a guéri par la faradisation, le lendemain de son entrée.

D'après leurs **modalités cliniques**, les troubles sensoriels auditifs se présentent suivant différents aspects :

1° La **Surdi-mutité**, type de beaucoup le plus fréquent et qui se présente au poste de secours, à l'ambulance ou dans les hôpitaux suivant trois aspects différents (Roussy et Boisseau).

A. — Tantôt, il s'agit de sujets en pleine confusion mentale; le masque facial exprime la terreur, les yeux sont hagards, la respiration haletante, l'air anxieux. Ces malades présentent de l'agitation et des phobies; ils fuient le monde et cherchent à se cacher. Les tentatives thérapeutiques instituées immédiatement amènent parfois le retour de la parole et de l'audition, mais vu le degré d'agitation, il est préférable d'attendre quelques heures ou quelques jours pour les traiter. C'est le type du sourd-muet, *confus mental délirant.*

B. — Tantôt, le malade offre l'aspect du confus mental hébété, au masque figé, immobile, absent de tout ce qui l'entoure. Aucun bruit, aucune tentative thérapeutique ne parviennent à le faire sortir de sa torpeur. Type du sourd-muet, *confus mental stupide.*

Dans ces deux types, la surdi-mutité fait partie d'un cortège symptomatique d'ordre psychopathique. On a affaire à des troubles mentaux d'ordre commotionnel ou émotionnel accompagnés de surdi-mutité. Il y a souvent insomnie, agitation nerveuse nocturne, parfois refus d'aliments; souvent aussi dans les premiers jours, légère élévation de température et parfois même accès d'onirisme.

C. — Dans un troisième type, le tableau clinique est différent : le malade est parfaitement conscient et cherche à attirer l'attention sur sa surdi-mutité. Il fait de nombreux gestes, montre ses lèvres, fait signe qu'il veut écrire; lorsqu'on lui donne du papier, il note avec force détails le récit de l'accident. Ce sont des malades *bavards de leurs gestes* (Roussy et Boisseau), qui rappellent le type anciennement classique du sourd-muet hystérique.

2° La **surdité seule**, uni ou bilatérale s'accompagne de troubles auditifs subjectifs, tintements d'oreilles, bruits d'eau et surtout bourdonnements. Ce type sans altération ou modification de la parole est un peu moins fréquent que la surdi-mutité. La surdité peut être plus ou moins complète ou ne consister qu'en de l'hypoa-

causie, exagérée par un défaut d'attention manifeste du sujet.

Quoi qu'il en soit, un caractère clinique important l'identifie et peut servir à la différencier des surdités organiques. Les malades sont fort peu gênés par leur surdité; *tout se passe comme si elle n'existait qu'au moment où, en la recherchant, on attire sur elle l'attention du sujet*. Nombre de fois il nous est arrivé d'aborder un malade atteint de surdité par commotion, malade « neuf », examiné quelques heures après l'accident, et de lui dire brusquement : « fermez les yeux ». Presque toujours le malade surpris exécute cet ordre; les tentatives ultérieures n'amènent plus le même résultat. De plus, la surdité psycho-névropathique, contrairement à ce qui se passe dans les lésions organiques de l'oreille, ne provoque pas de modifications du timbre, pas d'élévation de la voix : signe important qui, nous le verrons, peut être mis à profit pour le diagnostic différentiel.

3° La **mutité** elle aussi peut exister seule, sans surdité. Elle est absolue, totale; le malade n'ébauche aucun son, ne fait aucun mouvement des lèvres et montre avec force gestes qu'il est dans l'incapacité de parler. La langue est immobile, le sujet ne peut la tirer, ni la remuer volontairement. Bien entendu, les mouvements automatiques, dans la mastication par exemple sont conservés. Dans les cas de mutité ou de surdité seules, comme dans les formes plus complexes où ces deux troubles sont réunis, on peut observer les différentes modifications de l'état psychique décrites à propos de la surdi-mutité.

D'autres fois, ce n'est plus du mutisme, mais de l'**aphonie** simple qui a succédé au choc nerveux. Quelquefois primitive, elle fait très souvent suite à la mutité, lorsque celle-ci évolue vers la guérison.

4° Le **bégaiement** se voit souvent seul ou associé à d'autres troubles commotionnels; il apparaît dans les mêmes conditions que les troubles ci-dessus décrits auxquels il peut être mêlé, c'est pourquoi — et pour la commodité de la description — il trouve sa place dans ce chapitre. Il se présente sous l'aspect du bégaiement hystérique classique, à symptômes toujours très prononcés, avec début brusque et cessation rapide, immédiate même, sous l'action du traitement électrique.

Ce bégaiement hystérique doit être différencié du bégaiement vrai, ce qui est facile à faire par l'anamnèse et aussi, s'il y a lieu, par l'épreuve thérapeutique, pierre de touche. Mais il faut savoir que chez les bègues vrais, les multiples émotions de la guerre, les commotions peuvent exaspérer momentanément les troubles de la phonation et leur donner le masque du mutisme ou du bégaiement hystérique. Quelques jours d'observation et de repos suffisent ordinairement à atténuer les troubles et à éclairer le diagnostic.

Signalons enfin d'autres troubles de la parole, comme le parler « petit-nègre » qui peut en imposer un instant pour une aphasie (pseudo-aphasie motrice).

Symptômes contingents. — Du côté du larynx, à l'examen au miroir, on peut trouver les cordes vocales en position de repos.

Au niveau des oreilles, des perforations du tympan, accompagnées parfois d'otorragies; lésions organiques sur lesquelles sont venus se greffer les troubles nerveux d'ordre psychique. Ces lésions graves sont rares; le plus souvent ce sont de petites lésions anciennes et chroniques que l'on trouve : otite scléreuse adhésive, cicatrice, etc., momentanément aggravées par la commotion. Enfin fréquentes sont les altérations labyrinthiques, dites *commotion labyrinthique*, avec vertiges, bourdonnements, troubles de l'équilibration et modification de l'acuité auditive qui apparaissent avec plus de netteté une fois les symptômes névropathiques disparus.

La ponction lombaire donne quelquefois une hyperalbuminose, avec légère lymphocytose et hypertension; c'est rare. Dans l'immense majorité des cas, le liquide céphalo-rachidien est normal.

La céphalée est fréquente chez ces malades; elle peut persister pendant plusieurs semaines après la commotion. L'élévation de la température apparaît souvent aussi dans les formes graves, mais cède habituellement au bout de huit à quinze jours de repos.

L'évolution des troubles de l'ouïe, d'ordre psychonévrosique, avec ou sans modifications de la parole, est directement liée aux procédés de thérapeutique employés et au moment où ceux-ci sont institués.

S'il est très difficile de pratiquer chez d'anciens commotionnés sourds-muets le déclanchement nerveux nécessaire à ramener chez eux les fonctions auditives ou phonatoires, il est au con-

traire des plus faciles « de guérir » ces malades lorsque l'accident remonte à peu de temps.

La guérison est ainsi *immédiate*, obtenue sur-le-champ, ou *rapide*, dans la journée; exceptionnellement *lente* (vingt-quatre à quarante-huit heures).

Au moment où le malade revient à lui, il parle par monosyllabes ou « petit-nègre », patois, ou encore de toutes sortes de façons ridicules; d'autre fois il est aphone. Il suffit de prolonger un peu l'électrisation, d'augmenter le courant pour amener la guérison complète et définitive. Point n'est besoin, par conséquent, de recourir à ces méthodes longues et compliquées de rééducation auditive ou encore à la lecture sur les lèvres employées encore trop souvent par les spécialistes. Ces méthodes sont non seulement inutiles, elles ont encore pour effet de fixer l'attention du sujet sur les troubles dont il se croit atteint, et de compromettre ou de retarder la guérison.

Les *récidives* s'observent bien entendu comme pour les autres psychonévroses. Elles sont plus fréquentes dans les formes graves : troubles sensoriels avec état confusionnel, et surviennent lorsque les malades sont renvoyés trop rapidement sur la ligne de feu et soumis de nouveau à un violent bombardement.

Quant à **la nature** de ces troubles, il est trop évident pour qu'il soit utile d'insister, qu'il s'agit d'un accident type de psychonévrose, d'ordre émotionnel ou commotionnel, résultat de l'émotion-choc. Comme les tremblements ou le dérobement des jambes, la perte ou les troubles de la parole sont un des modes d'extériorisation réflexe de l'émotion. Quant aux troubles auditifs, on conçoit aisément que les bombardements intenses, la violence des explosifs modernes amènent des troubles auditifs, assourdissements, etc., bien connus de tous ceux qui ont été sur la ligne de feu, phénomènes qui ont bientôt fait de créer chez les prédisposés, les déséquilibrés du système nerveux, des troubles d'ordre névropathique.

Trouble sincère, réel, d'ordre névrosique au début, le fait n'est pas douteux, Que plus tard, chez les malades non traités à temps, comme il convient, apparaissent des phénomènes de fixation ou d'exagération plus ou moins subconsciente en vue d'une utilisasation, c'est certain également. Les questions de pratique ou de

doctrine qui se posent ici sont du reste les mêmes que celles concernant les autres accidents psychonévrosiques. Nous les avons exposées dans le chapitre traitant de la simulation.

Le **diagnostic différentiel** des troubles sensoriels auditifs peut être considéré comme particulièrement facile si l'on sait attacher l'importance qu'il faut aux conditions particulières de leur début et aux caractères presque pathognomoniques, stéréotypés de leur aspect clinique : début brusque à la suite de shock nerveux, manifestation de l'émotion-choc faisant partie du syndrome dit commotionnel, aspects cliniques divers dans leur mode d'extériorisation, mais dont le caractère commun est de céder rapidement aux manœuvres psychothérapeutiques.

Il suffit d'avoir vu un certain nombre de ces malades pour les reconnaître ensuite à coup sûr.

Seules les surdités méritent de nous arrêter quelque peu. Si on en juge par les observations publiées par les spécialistes, on voit que la question des *surdités de guerre* est complexe et que les opinions sont encore fort divergentes.

Pour Castex, les blessures de guerre de l'appareil auditif se rangent en deux catégories principales :

1° Ruptures tympaniques; 2° Commotions labyrinthiques.

La rupture tympanique se produit surtout quand le projectile (balle ou shrapnell) frappe la région temporale ou mastoïdienne, ou quand l'obus produit un faible ébranlement.

La commotion labyrinthique s'observe quand un obus de gros calibre bousculant la tranchée fait sauter les hommes en l'air. Elle coïncide souvent avec de la commotion cérébrale. Le pronostic ici est très grave pour l'audition. La surdité va plutôt s'aggravant à mesure que du tissu cicatriciel étreint les délicats éléments de l'oreille interne.

Ces surdités de guerre par commotion labyrinthique se montrent bien plus graves que celles des accidents du travail. En fait, l'ébranlement causal en est beaucoup plus intense.

Pour Lannois et F. Chavanne, le pronostic des surdités de guerre dépend : 1° de l'état antérieur de l'appareil auditif, les sujets atteints d'otite moyenne purulente chronique ou de sclérose déjà marquée fournissant, après la commotion labyrinthique par éclatement d'obus, une proportion de surdités ou d'hypoacou-

sies incomparablement plus considérables que les sujets sains.

2° De l'existence ou non d'un traumatisme direct du crâne, la surdité étant habituelle dans les mastoïdites traumatiques, fréquente dans les traumatismes du massif facial au voisinage de l'oreille, rare dans les fractures de la boîte cranienne. Il s'agit alors généralement de surdité unilatérale.

En l'absence de traumatisme direct, d'après ces auteurs, la commotion labyrinthique entraîne rarement la surdité ; sur 615 cas de commotion labyrinthique et sans rupture tympanique les auteurs n'ont eu que 2 p. 100 de surdité bilatérale définitive. Mais celle-ci est grave : les exercices acoustiques n'ont aucune action sur elle ; c'est aux leçons de lecture sur les lèvres qu'on aura recours pour conserver à la vie sociale ces mutilés de l'audition.

Sans infirmer les conclusions de ces travaux, qu'il nous soit permis, à l'appui de faits personnels indiscutables, d'attirer l'attention sur la fréquence des fausses commotions labyrinthiques créées par la suggestion médicale, ou tout au moins des associations hystéro-organiques. Peut-être les otologistes ne font-ils pas toujours aux phénomènes névropathiques chez les blessés de guerre, la place qu'ils méritent et ne se parent-ils pas suffisamment des risques d'impressionner leur malade au cours des explorations.

Parmi les procédés préconisés pour distinguer les surdités inorganiques des vraies surdités, le procédé de l'assourdisseur de Lombard peut rendre d'excellents services. Voici en quoi il consiste :

Quand on assourdit par un procédé quelconque, mais suffisant les deux oreilles, on observe chez un sujet normal une élévation de la voix parlée. Ce phénomène paraît résulter de la suppression brusque du contrôle auditif par le sujet lui-même sur l'intensité des sons émis pendant la phonation normale.

On peut l'obtenir très simplement, au moyen d'acouteurs téléphoniques mis en action par une pile sèche dont le courant est interrompu par un simple trembleur de sonnerie.

A défaut de téléphones, on obtiendra l'assourdissement en faisant passer un courant d'eau dans les deux conduits auditifs ou en insufflant de l'air à leur entrée au moyen d'une soufflerie et d'un double tube de caoutchouc.

Le *mutisme* psychonévrosique est trop caractéristique pour qu'il puisse prêter à une erreur de diagnostic.

Enfin les *aphonies* survenant brusquement à la suite d'un choc émotionnel ne sauraient en imposer pour une lésion organique du larynx. Le simple interrogatoire du malade, l'examen laryngé révéleront des lésions organiques des cordes vocales pouvant dater d'avant le traumatisme de guerre, et créant de la dysphonie ou de l'aphonie.

*
* *

§ II. — *Troubles visuels.*

Les troubles visuels de guerre d'ordre névropathique sont beaucoup plus rares que les troubles auditifs. Peut-être le fait provient-il de ce que les malades de cette catégorie sont dirigés plus tôt et plus vite dans les services de spécialités et échappent mieux ainsi au danger de la suggestion médicale. Peut-être aussi à ce que l'appareil auditif, bien plus que l'appareil visuel, est soumis à des excitations multiples (commotion, bombardement) qui appellent et fixent les accidents névropathiques.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter que les oculistes ont à leur disposition des moyens d'exploration beaucoup plus hautement perfectionnés et plus sûrs que ceux des otologistes. Nul doute que ce fait ait sa répercussion sur la prophylaxie des névroses oculaires.

Quoique rares, celles-ci ne sont cependant pas exceptionnelles.

C'est à la suite d'éclatement d'obus à plus ou moins grande distance, quelquefois par simple déplacement d'air, ordinairement avec projection de terre ou de poussière dans les yeux, quelquefois à la suite d'obus ou de gaz axphyxiants, de vapeurs lacrymogènes, qu'elles se manifestent. D'autre fois, c'est un simple corps étranger, un traumatisme banal en dehors de toute commotion qui occasionne l'accident névropathique.

Au point de vue **clinique** les troubles de la vision sont tantôt isolés, et constituent le seul symptôme pour lequel le malade est évacué; tantôt associés à d'autres manifestations névropathiques :

tremblements, troubles de la marche, de l'ouïe, crises convulsives, etc...

On note, soit des troubles de la vision à proprement parler, soit des troubles d'ordre moteur intéressant l'appareil oculaire ou ses annexes.

L'**amaurose** complète n'est pas rare. Dans tous les services de neurologie ont passé de ces malades soi-disant aveugles, quelquefois depuis plusieurs mois et chez lesquels l'examen oculaire a révélé la nature hystérique de la cécité.

L'**amblyopie**, la **photophobie** sont des phénomènes fréquents; souvent ils accompagnent d'autres troubles névropathiques comme l'hémiplégie ou la paraplégie. Ce sont alors des malades qui portent de grosses lunettes noires, qui prétendent avoir la vue atteinte depuis une explosion d'obus ou une émission de gaz, qui se plaignent indéfiniment de picotements, de larmoiements, etc... et auxquels on a recommandé le port des lunettes. Tous ces phénomènes cèdent à la psychothérapie.

Le **blépharospasme** uni ou bilatéral, le **battement** ou **clignotement des paupières** à caractère névropathique n'est pas rare non plus. Plus exceptionnel est le **nystagmus** dont quelques exemples ont été publiés.

Il est inutile d'insister ici avec détails sur l'*évolution* de ces troubles visuels, ce qui reviendrait à répéter ce que nous avons vu à propos des troubles auditifs.

Non reconnus, ils risquent fort de persister longtemps et même indéfiniment; dépistés et traités comme il convient c'est la guérison certaine et immédiate.

Signalons en terminant ce chapitre, quelques faits très rares d'**anosmie** ou d'**agueusie** névropathique, à la suite de commotion ou de traumatisme de guerre; faits exceptionnels qui n'offrent rien de particulier en tant que névroses de guerre, et qui, comme les troubles sensitifs objectifs, sont ordinairement l'effet de la suggestion médicale. Rien de plus facile, en effet, chez un grand névropathe, que de créer une hémi-agueusie, une hémi-anosmie. Mais il est tout aussi facile de la faire disparaître.

CHAPITRE VI

LES TROUBLES SPHINCTÉRIENS

L'existence des troubles sphinctériens dans les psychonévroses, notamment dans l'hystérie, est encore admise par les auteurs classiques. On sait, d'autre part, qu'avec Babinski beaucoup de neurologistes refusent à l'hystérie la faculté de créer des perturbations permanentes et durables dans le fonctionnement des organes de la vie végétative, et mettent sur le compte soit de la supercherie, soit d'une affection organique méconnue, les troubles viscéraux quels qu'ils soient.

Ces notions nouvelles sont loin d'avoir pénétré encore le grand public médical qui, obéissant à son instinct naturellement conservateur, tend à rester fidèle aux doctrines (pour ne pas dire aux dogmes) si séduisantes du Maître de la Salpêtrière.

Ce n'est donc pas — on le devine par ce court préambule — pour respecter les limites du cadre nosographique de l'ancienne hystérie, que nous croyons devoir consacrer un court chapitre à l'étude des troubles sphinctériens dans les psychonévroses de guerre, mais bien parce que les circonstances actuelles, particulièrement favorables à l'observation méthodique, nous incitent à verser au débat les faits notés durant cette période, où fleurissent si richement les troubles névropathiques. Ces faits, disons-le par anticipation, viennent plaider nettement en faveur de la théorie de Babinski.

*
* *

§ I. — *Troubles de la miction.*

Si l'on juge d'après les diagnostics portés sur les billets d'hôpitaux ou les feuilles d'évacuation, les perturbations apportées dans le fonctionnement de la vessie, sont assez fréquentes. Assez nombreux sont, en effet, les soldats évacués des régiments pour troubles vésicaux névropathiques et dirigés sur les Centres Neurologiques d'Armée; assez nombreux également sont ceux qui, à l'intérieur, sont dirigés des services médicaux, chirurgicaux ou même urologiques sur des Services de Nerveux.

L'incontinence et la rétention d'urine, représentent à elles deux les plus fréquents, on pourrait même dire les seuls troubles sphinctériens qui méritent de nous arrêter.

A. — **L'incontinence d'urine dite hystérique**, ou mieux la **fausse incontinence d'urine** se voit, chez les soldats beaucoup plus souvent que la rétention, et pour cause!... N'entraînant avec elle aucune manifestation douloureuse, ne troublant en rien le fonctionnement de l'organe, elle nécessite par contre toujours et rapidement l'évacuation du sujet, qui jour et nuit pisse dans ses pantalons, inonde la paille sur laquelle il est couché, et devient un sujet de répulsion pour les hommes de sa compagnie. — « Ce malade est une gêne pour ses camarades, et ne peut être conservé au corps », telle est la note qui figure habituellement sur la fiche d'évacuation.

Les faits d'incontinence d'urine psycho-névropathique observés durant cette guerre peuvent être groupés en différentes catégories.

1° *Fausse incontinence d'urine commotionnelle.* — Dans ce premier type il s'agit de sujets qui, à la suite d'un bombardement violent, d'un enfouissement présentent les différents troubles du syndrome commotionnel : perte de connaissance, tremblements, surdi-mutité, troubles moteurs paralytiques, etc., troubles auxquels vient s'ajouter l'incontinence d'urine. Le malade, au moment de la commotion, a perdu ses urines, phénomène qui s'explique facilement par la réaction émotive. Peu à peu ce trouble s'installe, se fixe dans le subconscient, fixation à la consolidation de laquelle

viennent concourir les diagnostics erronés ou les examens médicaux imprudents; et voici qu'est définitivement installée la perte involontaire des urines. Chez de tels malades, l'examen de la réflectivité tendino-musculaire et cutanée, de la sensibilité périnéo-scrotale, permet d'écarter toute lésion organique de la moelle ou de la queue de cheval. Du reste, la psychothérapie instituée à temps vient rapidement à bout de cette fausse incontinence.

2° *Fausse incontinence d'urine par habitude.* — Dans ce deuxième type, c'est sans cause apparente ou à la suite de n'importe quel petit incident : légère infection fébrile ou affection vésicale (cystite blennorragique) que s'installe la perte involontaire des urines, rarement diurne, habituellement nocturne. Ce sont des soldats qui traînent depuis longtemps de formations en formations sanitaires, qui ont accompli autrefois leurs périodes militaires sans avoir été l'objet de réforme, et chez qui l'incontinence d'urine n'est apparue que depuis la guerre. Parfois il s'agit de sujet entaché de débilité mentale, aussi ces cas étaient-ils particulièrement fréquents aux armées, l'an dernier, au moment de l'application de la loi Dalbiez. Ici encore rien d'organique n'est révélé à l'examen du malade. Il ne s'agit pas d'incontinence dite « essentielle », d'abord parce que le début remonte à quelques semaines ou à quelques mois chez des hommes de vingt, trente et quarante ans; ensuite parce que le traitement rééducateur énergique en vient toujours à bout. Ce sont des sujets qui ont pris la mauvaise habitude de pisser au lit, des *pisseurs d'habitude* au même titre, en quelque sorte, que ceux qui ont pris l'habitude de boiter. On pourrait reprendre, à leur propos, toutes les considérations faites au sujet des boiteries, dont la genèse et la fixation des troubles reconnaît la même pathogénie et soulève les mêmes restrictions à l'égard de la sincérité et de la réalité des troubles observés. Mais il reste entendu qu'ici aussi, une épine organique irritative réelle est à la base de la viciation fonctionnelle de l'organe; ce qui est illogique c'est la persistance de l'incontinence, ou encore ses rapports avec la cause qui la produit.

Qu'il nous suffise donc d'insister sur la nécessité d'agir au point de vue thérapeutique avec vigueur, d'instituer une surveillance sévère des draps et des effets du malade, d'aider à ce traitement par l'application du courant faradique sur le périnée,

au besoin par une injection épidurale. En peu de jours on verra disparaître des accidents considérés à tort comme particulièrement rebelles.

3° *Reprises d'incontinence d'urine essentielle.* — D'autres fois ce peuvent être des reprises d'incontinence vraie, essentielle, disparue depuis plusieurs années, et réveillées par les fatigues, les émotions ou une commotion ; équivalence de mal comitial. Il s'agit alors d'anciens réformés ou d'auxiliaires versés depuis peu dans le service armé et chez lesquels l'anamnèse et l'examen mental révèlent des tares psychopathiques évidentes. Ces manifestations, traduisant un déficit mental toujours appréciable, ne relèvent pas directement des psychonévroses de guerre mais bien de troubles psychopathiques d'ordre constitutionnel que les circonstances de guerre ne font que rendre plus apparentes.

Ici la psychothérapie n'est pas de mise. Ce sont des soldats inutilisables à l'armée, qui sont justiciables soit d'un emploi au dépôt, soit souvent aussi de la réforme n° 2.

4° Reste enfin une *catégorie d'incontinence d'urine envisagée souvent à tort comme de nature hystérique ou psychopathique*, qui quoique rare, est importante à connaître car elle fait l'objet d'erreurs fréquentes de diagnostic. C'est l'incontinence qui fait suite à une période de rétention d'urine incomplète, ou complète et de courte durée et qui relève d'une atteinte minime de la queue de cheval ou du cône terminal ; lésions qui ne se traduisent que par un syndrome clinique fruste et qui passent souvent inaperçues, faute d'être recherchées avec soin. Un de nos malades traité et considéré longtemps comme un vulgaire incontinent psychopathe (et même comme un simulateur) était en réalité un organique par lésion de la queue de cheval jusqu'ici méconnue.

B. — La **rétention d'urine hystérique** est infiniment plus rare que l'incontinence, d'après les diagnostics portés sur les billets d'hôpitaux. Nous avons dit ailleurs le pourquoi de cette constatation.

Pour nous, la rétention d'urine hystérique n'existe pas.

Ici encore il s'agit de commotionnés qui brusquement font de la rétention d'urine, et sont évacués comme tels.

De tous les cas qu'il nous a été donné d'examiner, et où nous avons pu procéder à une enquête sévère, soit à l'avant, soit à l'arrière, il ressort ceci :

1° Ou bien la rétention n'a été qu'un phénomène passager, succédant pendant quelques heures à quelques jours à la commotion et nécessitant le cathétérisme vésical. Ce sont là des phénomènes spastiques, d'ordre commotionnel et émotionnel, transitoires, qui disparaissent spontanément.

2° Ou bien il s'agit de rétention incomplète avec douleurs vésicales, nécessitant, à l'ambulance et dans le train sanitaire, le sondage. L'étude des réflexes vésicaux pratiquée par l'urologiste montre un état normal de la vessie. Mais le neurologiste constate soit de l'hyperréflectivité tendino-osseuse avec quelquefois clonus du pied, soit de l'hypoesthésie périnéo-scrotale, soit de l'abolition du réflexe anal, uni ou bilatérale, soit des troubles des réflexes crémastériens et abdominaux. Enfin la ponction lombaire peut révéler de la lymphocytose ou de l'hyperalbuminose légère.

Dans certains cas donc on a, ébauchés, des signes de lésion uni ou bilatérale de la queue de cheval. Dans d'autre (ceux où on trouve de la lymphocytose) des signes de lésion médullaire souvent de nature spécifique. Ce sont des lésions organiques frustes qu'il faut savoir déceler.

Aucun cas d'**anurie** dite hystérique n'a été observé, à notre connaissance, durant cette guerre, ce qui se conçoit aisément. Du reste il y a déjà longtemps que l'anurie hystérique n'est plus admise, même par les partisans de l'hystérie classique.

Quant à la **polyurie** ou à la **pollakiurie**, si elles peuvent être des manifestations passagères, réactions réflexes de l'émotion, elles ne constituent que des phénomènes transitoires et de courte durée, à moins qu'elles ne soient la révélation d'une lésion organique latente de la vessie ou des reins ayant jusqu'ici passé inaperçue.

*
* *

§ II. — *Troubles du sphincter ano-rectal.*

Nous n'ouvrons ce paragraphe que pour nier leur existence en tant que troubles psycho-névrosiques. Ce que l'on voit, et encore exceptionnellement — à part la *diarrhée émotive,* fréquente sur le champ de bataille, et le relâchement de tous les sphincters chez les grands commotionnés — ce sont de fausses incontinences des matières chez des débiles, des dégénérés, qui souillent, plus ou moins inconsciemment d'urines et de matières leurs effets et chez lesquels de sévères réprimandes peuvent remettre les choses en bon ordre.

En somme, des faits tirés du vaste champ d'observation fourni par l'époque actuelle, il ressort qu'aucun de ceux étudiés dans ce chapitre ne saurait rentrer dans l'ancienne formule de l'hystérie. Serrés de près, tous au contraire s'effondrent devant une enquête minutieusement poursuivie.

CHAPITRE VII

LES TROUBLES VISCÉRAUX

Dans le groupe des phénomènes physiques qui traduisent l'émotion, nous devons faire une place aussi bien en physiologie qu'en pathologie aux perturbations viscérales. On le sait, les états émotifs ne s'expriment pas seulement par des modifications de la mimique, de la sensibilité, de la motilité mais aussi par des changements profonds quoique passagers du fonctionnement des viscères. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que les psychonévroses à base émotive retentissent parfois sur le fonctionnement de certaines viscères bien que le mécanisme de ces perturbations soit encore entouré d'obscurité.

Les désordres viscéraux que peut engendrer l'émotion sont extrêmement variés et l'on peut dire qu'il n'est pas un système de l'économie sur lequel ne puisse retentir l'effet de l'émotion. Mais ces troubles *immédiats* de l'émotion sont essentiellement transitoires et, la cause de l'émotion passée, ils s'évanouissent sans laisser de trace.

Il n'en va pas de même de certains troubles qui peuvent, *chez le névropathe*, se fixer pendant un temps plus ou moins long. Nous voulons parler des troubles digestifs, cardiaques et respiratoires.

§ I. ***Troubles digestifs***. — On connaît l'anorexie des hystériques ou anorexie mentale et les troubles de sensibilité qu'ils peuvent présenter au niveau du tractus intestinal. Nous n'en parlerons pas ici car nous n'en avons vu aucun exemple pendant la guerre.

Seuls les **vomissements** nous arrêteront parce que relativement assez fréquents. Ces vomissements présentent une allure paradoxale qui ne saurait tromper et qui en fait reconnaître la nature quand une fois on les a constatés. A la suite d'un séjour plus ou moins prolongé dans les tranchées un sujet jeune, de bonne santé habituelle mais ayant eu parfois à souffrir pendant son séjour du front de troubles digestifs, est évacué à l'arrière en raison des vomissements incessants qu'il présente.

A un premier examen, on est surpris, par la conservation plus ou moins parfaite de l'état général du malade et l'on met en doute la réalité de ses vomissements. Une étude sérieuse qui met à l'abri de la supercherie montre cependant la réalité de cette exonération anormale de l'estomac. Se produisant plusieurs fois par jour, sans cause appréciable, le vomissement névropathique survient inopinément sans grand effort et se termine sans que le sujet éprouve une fatigue réelle. Ce vomissement est essentiellement alimentaire, et l'on retrouve dans les matières rejetées différents aliments en voie de digestion; parfois il se produit une légère régurgitation biliaire.

L'examen de l'estomac ne permet de déceler aucun symptôme anormal. La sensibilité gastrique n'est point troublée, on ne constate aucun clapotage; le foie est normal.

Si l'on pratique, comme nous l'avons fait, l'examen radiographique après ingestion de lait bismuthé, on constate : ou bien que l'estomac est absolument normal et que son évacuation n'est nullement retardée, ou bien que tout en conservant une motilité normale, le canal pylorique est un peu abaissé. Cette ptose légère ne saurait bien entendu expliquer l'origine du vomissement.

Une des particularités des plus frappantes du vomissement névropathique c'est qu'il n'entrave en rien l'alimentation. Le malade conserve son appétit et une partie de son embonpoint; preuve certaine que, malgré sa fréquence, le vomissement permet néanmoins le passage dans l'intestin d'une quantité plus ou moins grande de chyme.

Le *diagnostic* de vomissement d'origine névropathique n'offre, on le voit, aucune difficulté. Il convient cependant de ne porter ce diagnostic qu'après avoir soigneusement éliminé toutes les causes organiques qui peuvent provoquer le vomissement et, tout particulièrement, l'ulcère juxta-pylorique.

Souvent à sa base existe une épine organique qu'il faudra rechercher et traiter, une fois le symptôme précisément névropathique guéri. Il ne semble pas que cette manifestation de la névropathie ait une tendance à guérir spontanément : certains malades nous arrivent après avoir erré dans différentes formations sanitaires où la ténacité désespérante de leurs vomissements les avait fait un peu négliger.

Il convient donc de s'occuper de ces malades, et d'agir à la fois par l'application d'un régime diététique sévère au début, associé à la psychothérapie.

Quant à leur *nature* et à leur *genèse*, il y aurait lieu de faire à leur propos les mêmes réserves que pour les incontinences d'urine (voir page 105).

§ II. ***Troubles respiratoires.*** — **Tachypnée névropathique.** — Ceux-ci sont beaucoup moins fréquents que les précédents et beaucoup plus difficiles à individualiser. Certes le trouble de la fonction respiratoire existe dans tout état émotionnel, qu'il se traduise par une accélération ou un ralentissement des mouvements respiratoires, mais il est tout à fait exceptionnel que ce trouble se fixe pendant un temps suffisamment prolongé pour permettre l'observation ou même qu'il soit soumis à des réveils analogues à ceux que nous avons étudiés précédemment.

Tous les médecins de corps de troupe ont vu, à la suite de violents bombardements, des soldats en proie à l'émotion *prolongée*, *soi-disant commotionnés*, et chez lesquels l'accélération des mouvements respiratoires est le fait qui frappe tout d'abord, puis au repos, à l'abri, stimulés par quelques vigoureux encouragements, ces sujets se calment assez vite et la tachypnée disparaît.

Cette *tachypnée* peut cependant revivre lorsque le sujet est transporté à l'ambulance d'avant ou même dans un hôpital de la zone de l'intérieur. — C'est la *tachypnée paroxystique des névropathes* dont quelques exemples ont été signalés pendant cette guerre.

Ce qui permet de distinguer ce trouble respiratoire purement fonctionnel et *d'origine émotive* d'avec les troubles analogues en apparence, mais en rapport avec des lésions viscérales, c'est que cette tachypnée s'accompagne toujours de manifestations bruyantes, excessives, disproportionnées. Le trouble ne se borne

pas à l'accélération des mouvements respiratoires mais l'agitation générale s'empare du sujet. Celui-ci souvent au cours de la crise tachypnéique parcourt la chambre en tous sens, d'une manière désordonnée, il gémit, réclame du secours; ses membres sont agités de mouvements incohérents, parfois de tremblements. La fréquence des mouvements respiratoires peut être assez considérable mais souvent elle est en réalité moindre qu'en apparence. L'excursion thoracique reste ample, l'expiration et l'inspiration sont bruyantes, entrecoupées de bruits gutturaux ou d'appels, de gémissements.

Le pouls, malgré ce désordre respiratoire impressionnant, reste calme, à peine augmenté dans sa fréquence.

Cette soi-disant polypnée d'effort s'exaspère non seulement au moindre mouvement, mais même au moindre geste, le malade restant étendu dans son lit : réponse aux questions, serrement de main, etc. — Bien plus, le fait même d'entrer brusquement dans la chambre déclanche souvent la crise.

Une admonestation sévère, quelques flagellations thoraciques avec un linge trempé d'eau froide suffisent souvent à interrompre la crise.

Il en est de même de l'isolement; pendant le temps que le sujet est à l'abri de tout regard de camarade, de médecin ou d'infirmier, aucune crise de tachypnée ne se produit. Il en est ici comme pour toutes les manifestations bruyantes des psychonévroses; elles demandent pour se produire et s'épanouir un milieu de spectateurs intéressés.

Ajoutons que la tachypnée névropathique vraie apparaît rarement comme un phénomène isolé et unique; le plus souvent un examen attentif permettra de reconnaître, chez le sujet qui en est atteint, d'autres manifestations de la névrose.

Ce que nous venons de rappeler brièvement indique suffisamment ce que peut être l'évolution des crises de tachypnée. Rapidement curables en elles-mêmes, un traitement psychothérapique énergique interdit leur répétition.

§ III. *Troubles circulatoires*. — **Tachycardie, bradycardie.** — De même que le trouble de la fonction respiratoire, les perturbations circulatoires font partie intégrante des états émotifs. Beaucoup plus facilement que les premiers les seconds

sont *aptes à revivre.* — Aussi les exemples de tachycardie d'origine psychonévropathique ne sont-ils pas exceptionnels même dans les hôpitaux de l'intérieur.

La tachycardie psycho-névropathique a pour caractère essentiel de se produire comme la tachypnée par *accès paroxystiques, accès commandés par la reviviscence d'une émotion.*

Généralement le trouble cardiaque n'est pas isolé et le sujet qui en est atteint présente, en même temps, d'autres manifestations psycho-névropathiques : paralysie ou contracture, troubles de la marche, bégaiement, etc.

La crise tachycardique est éveillée par le souvenir d'un état émotionnel antérieur, que ce souvenir soit évoqué par un interrogatoire médical, un fait banal dont la liaison avec la racine émotive n'apparaît pas très clairement ou encore une perception se rattachant nettement à l'idée de la bataille.

Contrairement à la tachycardie paroxystique essentielle, le déclanchement de la crise ne survient pas avec la même brusquerie et ne s'accompagne ni du choc cardiaque initial, ni de l'angoisse. Les pulsations se précipitent, les artères battent sous la peau visiblement mais le sujet n'en est pas spécialement incommodé. La fréquence du pouls atteint 120-140 pulsations par minute et oscille autour de ces chiffres pendant plusieurs heures. Puis le cœur se calme et les battements redeviennent normaux.

Souvent la crise n'affecte pas une aussi longue durée et ne dépasse pas une demi-heure; exceptionnellement la phase de tachycardie s'étend sur une période de plusieurs jours, apparaissant et disparaissant parfois sans cause apparente.

Claude et Lhermitte ont pu observer des malades présentant des crises de tachycardie prolongée alternant avec des crises convulsives hystériques. Il n'existait chez ces sujets aucune lésion cardiaque, aucune modification de la tonicité vasculaire ni de la tension artérielle; le fonctionnement rénal était normal.

Bien qu'il n'entre nullement dans notre pensée de rattacher à la même origine les crises convulsives nettement hystériques et la tachycardie, nous croyons néanmoins intéressant de noter l'apparition sur le même sujet de manifestations voisines dans leur origine, l'agitation motrice désordonnée de la crise convulsive et la tachycardie.

La tachycardie psycho-névropathique ne détermine jamais de troubles cardiaques inquiétants et ne suscite dans aucun cas de défaillance cardiaque.

Plus rarement, le trouble cardiaque psychonévropathique se manifeste sous forme d'un ralentissement du pouls. Dans deux cas de Claude et Lhermitte les *crises paroxystiques de bradycardie* alternaient avec de grandes crises d'hystérie convulsive. Malgré l'obscurité dont s'entoure encore la pathogénie de ces faits nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de les signaler en passant.

Tachycardie et braycardie constituent des accidents particulièrement rebelles à la thérapeutique.

CHAPITRE VIII

LES CRISES NERVEUSES

Les crises nerveuses des états psycho-névropathiques forment, croyons-nous, une transition naturelle entre les désordres que nous venons de décrire et les troubles purement psychiques. En effet, si les perturbations psychiques n'apparaissent pas au premier plan dans la plupart des « crises » et sont malaisément analysables, du moins elles font partie intégrante du tableau clinique et prennent dans certains cas une importance primordiale. Quant aux phénomènes moteurs et sensoriels ils apparaissent clairement et donnent le cachet à la crise.

*
* *

§ I. — *La crise d'anxiété.*

Nous ne reprendrons pas ici la description des crises d'anxiété et d'angoisse paroxystiques ; elle est trop connue et ne présente du fait de la guerre que bien peu de particularités. Ce qu'il importe de retenir, c'est que des phénomènes d'anxiété ou d'angoisse peuvent se produire chez les combattants même les plus courageux et que ces phénomènes traduisent, non pas comme on serait tenté de le croire, une réaction intense et excessive à l'émotion légitime du combat mais simplement une affection antérieure que la guerre ne modifie pas sensiblement.

Beaucoup plus fréquents et plus particuliers sont les phéno-

mènes d'anxiété propres aux combattants sur la ligne de feu. Au cours d'une préparation d'artillerie ou d'un tir de barrage exécuté par l'ennemi, on voit par exemple quelques sujets en proie à l'anxiété la plus profonde. Incapables de faire un geste, figés dans une attitude immuable, la terreur et l'angoisse marquées sur leur visage, ces émotifs ne peuvent plus répondre aux questions qu'on leur pose. La respiration est accélérée et saccadée, les battements cardiaques précipités. Certains, pour échapper à cette torture, s'épuisent en gestes, en agitation parfaitement stériles puis, brusquement, ce raptus anxieux cesse, le sujet retrouve le calme et presque la sérénité.

Il ne faudrait cependant pas croire que ces phénomènes si étroitement liés à l'émotion du combat actif se produisent exclusivement dans le cours même de l'action, ils sont aussi fréquents, ou presque, dans la phase prémonitoire de l'attaque. On en a vu des exemples au moment même de la mobilisation. La fatigue, le surmenage, les habitudes d'intempérance ne sont certainement pas étrangers à leur éclosion.

Ces crises d'anxiété mêlée d'angoisse ne doivent pas être confondues avec la vulgaire pusillanimité. Le sujet simplement poltron conserve, même dans les moments les plus critiques, un sens exact de sa conservation personnelle, l'anxieux au contraire ne cherche ni à se protéger ni à fuir, inhibé qu'il est par l'angoisse qui l'étreint. Enfin le pusillanime ne se modifie guère, poltron il est, et poltron il reste à chaque moment un peu critique. Le sujet atteint d'anxiété ou d'angoisses pathologiques ne présente pas toujours, en présence des mêmes dangers, des réactions identiques; souvent brave et vaillant dans des circonstances dramatiques, une émotion relativement minime l'inhibe et déclanche la crise.

En général les crises d'anxiété se manifestent à des échéances plus ou moins espacées et n'exigent pas l'évacuation du sujet. Parfois, cependant, elles acquièrent une intensité et une fréquence telle que le malade devient incapable de faire un service régulier et commande son évacuation à l'arrière. Les crises d'angoisse se présentent alors sous des traits un peu différents. Aux phénomènes purement d'anxiété s'en ajoutent d'autres plus éclatants qui rendent plus complexes ce tableau symptomatique. D'autre part, la crise n'est plus commandée par l'émotion présente mais seule-

ment par le souvenir des émotions vécues que le malade a conservé.

Ces souvenirs émotionnels peuvent demeurer latents et n'être réveillés qu'à l'occasion d'un fait auquel ils sont plus ou moins intimement liés, mais le plus souvent cette évocation et la reviviscence des émotions anxieuses qu'elle entraîne s'effectue avec la plus grande facilité. Que l'on parle au malade des bombardements qu'il a subis ou des attaques qu'il a repoussées, son visage ne tarde pas à refléter les marques de la plus vive émotion. Inquiet il se lève, s'agite, sa respiration s'accélère et son pouls se précipite. Parfois même les yeux égarés semblent implorer que l'on cesse de parler de ces faits terrifiants. Chez tel malade l'expression de la terreur est portée à son comble; tout le corps est pris d'un tremblement, les jambes défaillent, la voix est cassée, la parole entrecoupée. Le sujet cherche à fuir, se blottit dans un angle de la pièce, il semble rejeter d'imaginaires ennemis. Il est certain cependant qu'il n'existe aucune hallucination.

Dans l'intervalle des crises le malade est calme, paisible, un peu triste toutefois, comme préoccupé. Le sommeil est irrégulier, entrecoupé de cauchemars ou de rêves de guerre qui, par les souvenirs conscients qu'ils réveillent, peuvent déchaîner une crise d'anxiété.

Bien qu'il ne soit pas toujours aisé de faire la part exacte qui revient dans ces états à l'influence de l'alcoolisme, il semble cependant que ces états de reviviscence d'émotion ne sont pas à mettre sur le compte exclusivement de l'imprégnation éthylique. Que celle-ci joue un rôle chez certains sujets, le fait est possible, probable même, mais il est indéniable qu'il n'est pas le seul. L'alcool a pu préparer le terrain et comme on dit « faire le lit à la névrose », mais l'élément essentiel reste l'émotion et plus souvent la sommation des émotions qui, agissant sur un terrain congénitalement ou accidentellement prédisposé, crée cette aptitude particulière à la reviviscence de l'anxiété.

Le *pronostic* de ces états d'angoisse et d'anxiété paroxystiques est favorable dans la plupart des cas et en dehors des phénomènes émotifs que nous avons rappelés, il n'existe aucun trouble des fonctions psychiques.

*
* *

§ II. — *La crise d'agitation motrice. Crise hystérique.*

Si, depuis que l'on a appliqué au traitement de l'hystérie la pratique de l'isolement, la grande crise d'hystérie décrite si minutieusement par Charcot et P. Richer avait pour ainsi dire disparu des services hospitaliers, nous l'avons vue renaître depuis la guerre actuelle, avec tout son bruyant cortège symptomatique. Dans la tranchée (à l'abri), au poste de secours, dans les ambulances comme dans les hôpitaux de l'arrière, il n'est pas de médecins qui n'aient observé de nombreux cas de « crises nerveuses » de nature névropathique, hystérique. Malheureusement ces crises sont encore trop souvent, de propos délibéré, étiquetées « crises épileptiformes », et confondues avec celles du mal comitial. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce diagnostic.

Bien que les exemples que nous avons pu observer ne se moulent pas exactement sur la description qu'en a faite l'École de la Salpêtrière, on en retrouve néanmoins tous les éléments essentiels : Phases tonique, clonique, des grands mouvements et quelquefois des attitudes passionnelles.

Il en est de ces crises d'agitation motrice comme des divers accidents psychonévropathiques que nous avons passés en revue ; chaque sujet fait sa crise à sa manière et l'imprègne de sa personnalité. Mais, malgré ces différences, on retrouve généralement le même enchaînement des faits.

Le début de la crise est brutal ; le malade fait quelques contorsions, roule sur son lit ou se jette à terre. Le corps se raidit, la tête se renverse en arrière, les yeux saillants sont révulsés sous les paupières clignotantes. Le facies est vultueux, les veines du cou gonflées à l'extrême, la respiration se suspend pendant un court moment. Puis le sujet se livre aux contorsions les plus désordonnées, les plus invraisemblables. Les membres s'agitent en tous sens, frappent les murs, le parquet ; les mains crispées sur les draps ou les couvertures déchirent, arrachent ce qu'elles peuvent ou bien le sujet se roule à terre, faisant des bonds effrayants en apparence, hurle, se démène, se précipite sur les infirmiers, brise les vitres. Malgré cet apparence bien propre à terroriser ceux à qui ne sont pas familières ces agitations des

psychonévropathes, le sujet peut être maintenu assez aisément et une douche froide, une vigoureuse aspersion d'eau froide sur le visage et le thorax ou une application de courant faradique ont bien vite raison de cette crise désordonnée.

La *cause* provocatrice de ces crises est variable; ici l'imitation, la suggestion sont souvent évidentes.

L'émotion joue également un rôle de premier plan, émotion actuelle, ou émotion-souvenir.

Lorsque l'agitation motrice est calmée, le sujet se réveille, un peu étourdi et fatigué, mais capable le plus souvent de se souvenir de ce qui s'est passé.

Mais nous le répétons, il suffit de traiter par les méthodes psychothérapiques énergiques (isolement, diète lactée, faradisation), ces manifestations convulsives pour les voir bien vite disparaître. Il est indispensable aussi que l' « ambiance prophylactique » soit créée dans un service qui hospitalise des nerveux, et que l'on sache bien — les malades se le disent — qu'avec tel ou tel Major il ne faut pas avoir de crises de nerfs.

Est-ce à dire pour cela que tout dans ces crises soient comédie pure, réglée à volonté par le sujet pour impressionner l'entourage? Ce serait peut-être aller un peu loin et rejeter à tort la part de l'inconscient qui, une fois la crise déclanchée, intervient pour ordonner les diverses manifestations motrices. Mais il paraît des plus évidents — et ceci ressort nettement des nombreux faits par nous observés — que toujours le sujet peut, *s'il le veut*, empêcher le déclanchement de la crise, surtout si on l'aide par les moyens indiqués ci-dessus.

Combien de fois nous est-il arrivé de recevoir des malades évacués pour crises nerveuses subintrantes, journalières, chez lesquels aucune crise n'a été constatée dans le service durant des périodes d'observation de plus d'un mois! Un avertissement énergique à l'entrée, un engagement pris par le malade ont suffi à la guérison.

On peut donc dire que, si la crise d'agitation motrice est une forme de trouble psycho-névropathique fréquemment porté sur les billets d'hôpitaux, elle est exceptionnelle dans un service organisé et réglé comme il convient.

Diagnostic. — Nous ne pouvons ici insister sur les éléments du

diagnostic différentiel de la crise hystérique avec celle du mal comitial.

Rappelons seulement que dans l'immense majorité des cas ce diagnostic est facile, et que les caractères des crises : cri initial, pâleur de la face, mydriase, morsure de la langue, ecchymoses conjonctivo-palpébrales, émission spontanée des urines et profond sommeil, joints aux conditions d'apparition de ces crises : début dans l'enfance ou la jeunesse, explosion diurne ou nocturne, sans causes apparentes, sont des signes qui appartiennent seuls à la crise épileptique et qu'on ne retrouvera pas dans l'hystérie.

Il faut avouer cependant que les caractères différentiels ne sont pas toujours si nettement tranchés, et que faire le diagnostic de la nature d'une crise convulsive, n'est pas toujours chose aisée, même quand on assiste à la crise.

Les formes d'épilepsie torpide, larvée, à crises devenues plus fréquentes sont loin d'être rares chez les soldats et sont faites, par leur ressemblance avec l'hystérie, pour troubler le diagnostic. On ne saurait assez, dans ces cas, prolonger loin le temps d'observation, avant de formuler un diagnostic précis et une proposition de réforme. C'est à ces formes bâtardes d'épilepsie que trop souvent encore on voit appliquer à tort l'épithète d'*hystéro-épilepsie* qui ne sert qu'à masquer notre ignorance.

CHAPITRE IX

LES TROUBLES PSYCHIQUES DES PSYCHONÉVROSES

Dans les chapitres précédents nous avons étudié les différentes réactions motrices, sensitives, sensorielles et viscérales des psychonévroses et insisté sur ce fait fondamental, croyons-nous, que ces manifestations si diverses dans leur expression clinique ont à leur origine une perturbation psychique d'origine émotive; perturbation qui relie ces états morbides et permet d'en former un chapitre nosologique : celui des psychonévroses.

Nous voulons maintenant aborder l'étude des manifestations limitées, ou presque, aux fonctions mentales et décrire, non pas les psychoses, mais les troubles psychiques des psychonévroses de guerre.

Les psychonévroses à prédominance psychique, moins fréquentes que les autres variétés, ont pu être constatées à tous les moments de la guerre et il est à prévoir que la cessation des hostilités ne verra point leur complète disparition. A envisager ces troubles psychopathiques *dans le temps* on pourrait les grouper en trois séries correspondant aux moments essentiels de la campagne : troubles psychopathiques de la *mobilisation*, du *combat*, et *du repos*. Cette division, pour séduisante qu'elle soit, ne saurait être adoptée pour cette raison que les troubles psychiques des différents moments de la guerre ne s'opposent pas suffisamment les uns aux autres, ni par leurs caractères cliniques, ni même par leur étiologie.

Il en est de même du plan qui consisterait à classer les troubles

psychopathiques d'après les régions où ils éclosent. S'il existe, en effet, des psychonévroses mentales de l'avant et de l'arrière, sans compter celles qui frappent les prisonniers de guerre, on ne saurait partir de la notion de *lieu* pour les départager.

Dans cette question un peu confuse et incertaine des troubles psychiques de guerre, nous nous efforcerons de rester strictement sur le terrain clinique et nous viserons moins à une synthèse prématurée qu'à une analyse sémiologique, seule capable croyons-nous, surtout en ce moment, de faciliter un diagnostic et surtout un traitement.

Parmi les sujets qui, au cours de cette guerre, ont présenté ou présentent des troubles psychopathiques, il importe tout d'abord de faire une distinction capitale et de séparer radicalement les troubles mentaux qui n'ont été qu'*influencés* par les faits de guerre de ceux qui nettement ont été *provoqués* par eux.

Tous ceux qui, tant dans les services de l'avant que dans ceux de l'arrière ont été amenés à examiner des soldats atteints de troubles mentaux, ont remarqué en effet que certains sujets atteints de *délire de guerre* n'étaient en réalité que des paralytiques généraux, des maniaques, des persécutés, des mélancoliques dont l'état de guerre avait simplement orienté et coloré les manifestations délirantes. Chez tous ces malades, la guerre n'a fait qu'imprimer à leur pensée ou à leur affectivité troublée un cachet spécial, mais la maladie elle-même — qu'il s'agisse de paralysie générale ou de manie par exemple — est demeurée la même qu'elle eût été en temps de paix; ni son pronostic ni son évolution n'en ont été modifiés.

Il en est de même des débiles mentaux qui, habitués à une vie tranquille et en grande partie automatique, ont présenté des délires influencés par la guerre qui a déréglé leur automatisme. Ici comme là, les opérations militaires ont seulement donné de multiples thèmes à leur imagination fruste et pauvre; nombreux sont ces inventeurs de machines destructrices, ces prophètes, ces mystiques hallucinés! De tout temps ils ont existé et leurs délires d'aujourd'hui ne représentent que des reflets plus ou moins atténués et modifiés par les notions modernes de ceux des agitateurs d'autrefois.

En dehors de ce premier groupe, il existe des troubles psychopathiques qui, s'ils s'y rattachent en grande partie, s'en séparent par leur étiologie. Nous voulons parler des manifestations psy-

chiques, non pas directement provoquées par la guerre mais relevant des fatigues, du surmenage et surtout de l'alcoolisme. Les faits de ce genre ont été et sont encore assez nombreux. Il est évident que l'état de guerre n'en est pas exclusivement responsable, mais cependant il est difficile de nier que celui-ci a pu défavorablement influencer des cerveaux fragiles ou préalablement tarés et, d'autre part, pousser certains sujets, peut-être en raison de l'incertitude de la vie et du désœuvrement, à se rejeter avec excès dans leur passion pour l'alcool. Quoi qu'il en soit, ici encore, il s'agit de faits qui ne rentrent pas dans le cadre de cette étude et nous ne les avons mentionnés que pour les opposer aux troubles psychopathiques qui, eux, sont liés directement à l'état de guerre.

Les deux grands facteurs étiologiques et pathogéniques des troubles psychiques des psychonévroses de guerre peuvent se résumer en deux mots : l'*émotion* et la *commotion*. Il va sans dire que bien souvent ces deux éléments s'ajoutent l'un à l'autre, s'accouplent et s'intriquent de telle manière qu'il est, dans certains cas, impossible de faire leur part respective. Comme les divers accidents névropathiques que nous avons précédemment étudiés, ils ne sont pas liés à une lésion matérielle (avec les réserves que ce terme comporte) des centres nerveux et guérissent sans laisser de trace.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'émotion déprime ou stimule, excite ou paralyse; et de même que dans le champ de la motricité l'émotion morbide peut s'extérioriser par des manifestations de paralysie ou de convulsion, dans la sphère mentale elle peut se traduire par des désordres liés à l'inhibition ou à la diminution de l'activité psychique, ou au contraire, déchaîner l'activité désordonnée et anarchique des centres cérébraux.

*
* *

§ I. — TROUBLES PSYCHIQUES PAR INHIBITION OU DIMINUTION DE L'ACTIVITÉ MENTALE

A. ***La narcolepsie***. — Le sommeil pathologique ou narcolepsie est évidemment la manifestation la plus frappante et la

plus pure de l'inhibition de l'activité cérébrale. Plongé dans le sommeil profond, le sujet a perdu contact avec le monde extérieur, la vie de relation s'est effacée, seules persistent intactes les fonctions de la vie végétative.

Tout le monde connaît l'histoire de ces « dormeurs » dont de temps en temps des exemples sont relatés dans la grande presse; mais avant la guerre, ces faits étaient devenus tout à fait exceptionnels. Chez nos soldats, la narcolepsie n'est pas très rare. Elle survient en général brusquement au cours ou à la suite d'un bombardement. Le sujet s'endort dans la tranchée ou dans un abri; au bout d'un temps variable, on essaye de le réveiller, mais toutes les tentatives sont impuissantes. Dès ce moment le tableau clinique est fixé et ne se modifie plus.

Les membres, dans la résolution, retombent mollement quand on les soulève ou présentent parfois une certaine hypertonie, la respiration est calme et normale, les battements du cœur plutôt légèrement ralentis mais bien frappés. La physionomie ne reflète aucune activité psychique et ressemble à celle d'un dormeur fatigué. Cependant, à y regarder de plus près, on est frappé par un clignotement des paupières ou un frémissement rapide et menu de l'orbiculaire palpébral. Vient-on à essayer d'entr'ouvrir les paupières, on éprouve une difficulté en rapport avec l'état de contracture de l'orbiculaire. Les globes oculaires sont dans la règle révulsés en haut et immobiles Le frôlement de la conjonctive bulbaire ne détermine aucun mouvement réflexe; il en est de même de toute excitation cutanée, la plus violente n'aboutit pas à déterminer le réveil. De temps en temps, le sujet exécute un mouvement de déglutition ou grince des dents. Les urines et les matières sont retenues, quelquefois relâchées. Évacué à l'arrière, en général avec le diagnostic de *coma par commotion*, le sujet demeure quelques jours dans cet état, puis un matin, sans qu'on puisse trouver aucune cause, brusquement survient le réveil. Le malade jette autour de lui un regard étonné et déclare ne pas savoir ce qui s'est passé depuis le moment où il était sous le feu des canons.

Cette « narcolepsie dite hystérique » apparaît, on le voit, d'un diagnostic extrêmement simple et ne saurait être confondue avec le coma du vrai commotionné, en raison de l'absence complète de troubles des réflexes tendineux et cutanés ainsi que de l'inté-

grité des fonctions circulatoire et respiratoire. Elle guérit toujours et plus ou moins rapidement, suivant qu'on la laisse évoluer seule ou qu'on intervient par quelques mesures psychothérapiques énergiques.

A noter enfin que dans les formations de l'avant (Centre neurologique), nous n'en avons observé en 18 mois qu'*un seul cas*. Ici encore la suggestion médicale et les diagnostics erronés semblent pour une part dans la fixation du trouble.

B. ***Les syndromes confusionnels***. — Si la narcolepsie est marquée par un sommeil profond, les états confusionnels se caractérisent par un ralentissement extrêmement marqué des fonctions psychiques : une torpeur, un engourdissement cérébral, une lenteur, une paresse de l'idéation. En réalité, c'est un sommeil moins profond et limité aux fonctions proprement intellectuelles. Les états confusionnels sont assez variables dans leur expression clinique, et depuis la confusion avec stupidité qui se rapproche du sommeil complet et l'obtusion intellectuelle simple, il existe tous les intermédiaires.

1° **Confusion mentale avec stupidité.** — A la suite d'un bombardement, soit par commotion, soit simplement par émotion, un soldat, que rien jusque-là ne semblait prédisposer à cet accident, présente le tableau clinique suivant. Plongé dans la torpeur, la physionomie hébétée, les yeux hagards, le sujet ne peut répondre à l'interrogatoire. Aussi bien les demandes pressantes que les diverses excitations extérieures ne peuvent déterminer aucune réaction. Analogues à ces hommes du psaume de l'*In exitu* qui ont « des oreilles pour ne pas entendre et des yeux pour ne pas voir », ces confus stupides semblent complètement étrangers au monde extérieur. Facilement ils se laissent conduire où l'on veut et sur le champ de bataille ne sont influencés ni par le sifflement des balles ni par l'éclatement des obus.

Les fonctions circulatoire et respiratoire ne sont pas troublées et l'examen ne permet de relever aucun signe exprimant une lésion du système nerveux.

Cet état dure un temps variable ; le retour à la conscience s'effectue toujours *progressivement* en passant par les phases d'obtusion et de torpeur, dont nous étudierons les caractères.



2° **Confusion mentale simple.** — Celle-ci est caractérisée essentiellement par une lenteur extrême de l'idéation, une désorientation complète dans le temps et dans l'espace, une diminution des perceptions, un engourdissement de l'affectivité, — en un mot le ralentissement de toutes les fonctions psychiques.

En outre, la mémoire est profondément troublée et l'amnésie ne manque jamais — amnésie spéciale dans laquelle se mélangent des faits exacts et précis et des oublis extravagants. — Ce déficit amnésique porte en général sur les faits qui se sont déroulés à partir du moment de la commotion-émotion, il est essentiellement *antérograde*, c'est une *amnésie de fixation*.

Comme dans la forme précédente le retour à la conscience s'effectue progressivement et lorsque le rétablissement de la vie psychique normale a eu lieu, le sujet a oublié les faits qui se sont passés pendant la phase confusionnelle.

3° **Confusion, obtusion.** — Il faudrait se garder de confondre l'obtusion avec la confusion; celle-ci étant marquée par la désorientation dans le temps et l'espace, celle-là surtout par une lenteur de l'idéation et de l'amnésie. Malgré cette différence, ces deux états peuvent être rapprochés, comme l'ont fait d'ailleurs la plupart des psychiâtres et Régis en particulier, en raison de leur même pathogénie et de l'identité du fond mental dans l'un et l'autre cas, dominé qu'il est par l'*asthénie*.

C'est dire que dans l'obtusion, la torpeur, le sujet n'est pas absolument désorienté, mais que ses perceptions et ses aperceptions ralenties se mélangent, se brouillent. D'aspect triste et déprimé, le malade s'isole, ne fait aucun effort pour comprendre ce qui se passe autour de lui, ses réponses, lentes et pénibles, donnent l'impression d'un grand effort.

Dans tous ces types de confusion, l'attention comme la mémoire sont troublées mais, dans certains cas, le syndrome confusionnel se réduit presque, soit aux troubles de l'attention soit à ceux de la mémoire. Aussi a-t-on pu décrire des formes aprosexiques et amnésiques de la confusion mentale.

a) Forme aprosexique. — Cette forme décrite récemment par Chavigny se caractérise par la perte de l'attention volontaire. A l'inverse de ce que nous avons vu dans la confusion mentale vraie, le sujet est éveillé et actif. A la merci de toutes les excita-

tions extérieures, le sujet ressemble à l'enfant qui d'instinct tourne ses yeux vers tout ce qui brille ou tout ce qui est bruyant. Comme chez ce dernier il semble que les sensations ne se transforment pas en perceptions, qu'elles restent isolées et ne s'agrègent pas à la personnalité. Fait à remarquer, malgré cette instabilité semblable « à celles de certains oiseaux en cage qui tournent incessamment la tête vers les bruits ou les mouvements du voisinage », la mimique demeure impassible.

Cet état persiste pendant quelques jours après lesquels le malade reprend peu à peu son activité psychique mais toujours en conservant une amnésie pour tous les faits qui se sont déroulés depuis l'accident initial : l'émotion ou la commotion.

Cette aprosexie peut, comme les autres formes de confusion, se compliquer d'accidents psycho-névropathiques : mutisme, surdité, crises convulsives.

b) *Forme amnésique*. — On le sait, l'amnésie est le symptôme prédominant dans certaines confusions mentales toxiques ou infectieuses et elle forme la manifestation la plus frappante du syndrome de Korsakoff. La guerre actuelle a prouvé que la forme amnésique de la confusion n'était en rien particulière aux états toxi-infectieux et nous a montré que l'amnésie pouvait, dans des cas fréquents, résumer presque à elle seule la symptomatologie de la confusion par commotion ou par émotion; Régis, Chavigny, G. Dumas en ont constaté comme nous-mêmes de nombreux exemples très démonstratifs. Cette amnésie de la confusion mentale du combattant n'a rien de banal et présente des particularités intéressantes.

Tantôt il s'agit d'une amnésie incomplète, d'une dysmnésie plus exactement, d'une imprécision des souvenirs qui « n'est pas la nuit complète mais un crépuscule plus ou moins sombre » portant sur ce qui s'est passé après l'émotion ou la commotion provocatrice. Le plus souvent, l'amnésie est complète, c'est une lacune, un trou dans la série des souvenirs. Contrairement à l'amnésie de la confusion toxi-infectieuse, la perte du souvenir porte non pas exclusivement sur la période consécutive au traumatisme physique ou psychique initial mais elle s'étend à une période, souvent fort longue, antérieure à l'accident, parfois même à la vie entière. Elle ne laisse subsister dans l'esprit du malade ni son nom, ni son origine, ni son âge, ni sa profession. Tous les événe-

ments antérieurement vécus sont effacés de la conscience et ne peuvent être évoqués. Et si l'on peut dire que l'amnésie des confusions toxiques est *antérograde* (amnésie de fixation, amnésie continue) il faut ajouter que l'amnésie des états confusionnels liés à la commotion ou à l'émotion est *antéro-rétrograde*. On ne saurait trop insister à notre avis sur ce caractère si spécial de l'amnésie émotive ou commotionnelle. Parfois, dans cette nuit complète, émerge un seul souvenir, celui du shock; le sujet ignore son nom, son âge, mais se souvient d'avoir assisté, il ne sait où, à une scène de carnage terrifiante. Comme G. Dumas l'a excellemment noté, si tous les souvenirs sont abolis, le sujet conserve néanmoins les habitudes motrices et les connaissances pratiques qui depuis longtemps sont tombées dans l'automatisme. Il peut se vêtir, parler, lire.

Cette amnésie antéro-rétrograde peut être moins complète et affecter des allures paradoxales extrêmement curieuses. Frappant certaines connaissances du sujet elles en épargnent d'autres.

Dans certains cas ce sont les images visuelles qui sont le plus touchées alors que les images auditives sont intactes; le sujet ne peut se représenter les êtres les plus familiers : un cheval, un oiseau, il a perdu surtout la représentation mentale des individus.

Ces *amnésies électives* peuvent également porter sur le langage écrit et donner lieu à des phénomènes d'aphasie ou plus exactement de pseudo-aphasie (cécité verbale, cécité littérale). Certains sujets ont gardé l'image auditive des mots, mais en ont perdu la représentation graphique, aussi leur écriture apparaît-elle, même chez les lettrés, avec une orthographe absolument extravagante.

*
* *

§ II. — TROUBLES PSYCHIQUES PAR EXCITATION DÉRÉGLÉE DE L'ACTIVITÉ MENTALE

Confusion mentale hallucinatoire. Délire onirique. — Dans ces faits dont l'étiologie ne diffère pas des précédents et se résume dans les mêmes termes : l'émotion et la commotion, l'asthénie mentale, la confusion, la désorientation ne sont pas les seuls éléments symptomatiques, ils sont marqués par *le délire*,

délire actif surtout, analogue au délire toxique, délire de *rêve* (Lasègue), délire *onirique* (Régis). Survenant chez les combattants en proie aux émotions journalières de la vie des tranchées, il est facile de s'expliquer la prédominance des motifs « de guerre » comme thèmes préférés de ces manifestations délirantes. Le délire confusionnel, comme toujours, n'est pas seulement idéatoire, il est aussi un délire de gestes, c'est non seulement un *rêve* mais un *rêve vécu*. En proie à l'excitation onirique, le sujet perd contact avec la réalité et l'on voit (Renaux, Baret) des malades montrer un mépris absolu du danger, courant sur les parapets, offrant aux balles leur poitrine sans que rien dans leur attitude puisse démontrer aucune réaction émotive. Parfois, marchant au hasard, le malade erre pendant des heures n'importe où, puis brusquement se réveille, ayant oublié complètement et l'émotion et la commotion initiale et tout ce qu'il vient d'exécuter. Ces *fugues confusionnelles* présentent on le voit un grand intérêt non seulement clinique mais médico-légal. Méconnues, elles peuvent entraîner pour le malade qui les a commises les sanctions les plus désastreuses et les moins justifiées. Dans les centres neurologiques de l'avant, on en voit de nombreux exemples. Souvent il s'agit de sujets en prévention de conseil de guerre, pour lesquels un examen mental est demandé au médecin-expert.

Les psychoses hystéro-émotives (H. Claude, Dide et Lejonne) rentrent dans le groupe des faits précédents. Ici aussi, l'émotion est à la base de ces troubles mentaux, émotion massive, parfois accompagnée de sensations de mort imminente et alimentée par les tragiques et horrifiants spectacles de la bataille.

Ce qui est particulier dans l'état psychique des sujets atteints de ces accidents psychopathiques, c'est qu'entre les périodes d'excitation on ne constate aucune confusion véritable. Ces malades parlent, répondent aux questions avec beaucoup de facilité. Mais leur rappelle-t-on quelques épisodes du combat, une réminiscence, une association d'idées les évoquent-ils, aussitôt l'émotion les gagne, ils entrent dans un état de rêve vécu, voient des « Boches », se précipitent sous leur lit pour échapper aux obus ou se jettent en avant courant vers des tranchées imaginaires. Un coup de canon dans le lointain, un bruit métallique suffisent souvent à déclancher la crise émotive avec toutes les réactions du

délire onirique. Dans ces faits, l'état psychologique est dominé par la brusquerie des réactions émotives, leur brièveté, l'absence de systématisation affective et d'obsession, enfin l'intégrité complète des processus intellectuels proprement dits.

Troubles purement psycho-névropathiques analogues aux paralysies, aux contractures, au mutisme, ils guérissent rapidement et sans jamais laisser après eux de séquelle quelconque. Seul demeure l'état constitutionnel d'émotivité grâce auquel ont pu se produire et l'hypnose des batailles (Milian) et les psychoses hystéro-émotives.

On pourrait être surpris de nous voir classer dans le même groupe le délire onirique de la confusion mentale et les faits précédents; cependant sans entrer dans une discussion qui nous est interdite, nous rappellerons que Régis a depuis longtemps montré que, en réalité, le délire onirique des toxi-infections était lui-même un véritable état somnambulique, un état second; que l'onirisme toxique comme le somnambulisme hystérique étaient suivis d'amnésies rétro-antérogrades cliniquement identiques, enfin que, dans le délire toxique comme dans les états seconds hystériques, il était possible par l'hypnose suggestive de réveiller le souvenir perdu de l'accès.

C'est assez dire que les variétés de confusion mentale post-émotionnelles ou post-commotionnelles doivent être, à notre sens, rangées dans le groupe des psychonévroses au même titre que les accidents moteurs, sensitifs ou sensoriels puisqu'ils comportent, les uns comme les autres, une même étiologie, un même processus psycho-pathologique, un même pronostic et commandent une thérapeutique identique.

Diagnostic des troubles psychiques des psychonévroses. — L'identification des différents troubles psychopathiques que nous venons de décrire ne comporte guère de réelles difficultés. Distinguer les comas de la narcolepsie, les psychoses vraies des délires somnambuliques ne se heurte à aucun véritable obstacle.

Il n'en est pas de même du diagnostic entre la confusion ou l'onirisme toxi-infectieux et la confusion ou l'onirisme dit hystérique, dont Régis a montré les analogies cliniques.

En pratique c'est surtout avec le délire alcoolique ou l'obnubi-

lation organique des grands commotionnés cérébraux que l'on peut confondre les manifestations purement psycho-névropathiques dont nous avons retracé les caractères.

Et puisque au point de vue purement psychique ces états se rejoignent, il est évident que c'est moins sur les symptômes mentaux que sur les phénomènes associés que l'on se basera pour établir une distinction. S'agit-il d'un délire toxique ou infectieux la trame même du délire sera moins cohérente, moins systématisée (Ballet), la confusion se révélera dans les périodes intercalaires aux paroxysmes oniriques; il sera bien exceptionnel de ne pas constater l'un quelconque des signes de l'intoxication en cause, éthylisme le plus souvent (tremblement des mains, de la langue, inégalité pupillaire, troubles de la réflectivité, de la sensibilité, etc.).

S'agit-il d'un commotionné cérébral dont l'état de torpeur, d'obnubilation, est en rapport avec les altérations matérielles du cerveau, on constatera, comme l'ont fait Guillain, Oberthür et du Rosselle, des symptômes nettement organiques traduisant les perturbations apportées par le traumatisme dans le système nerveux central (signe de Babinski, exaltation ou abolition des réflexes tendineux, hyper-albuminose avec ou sans leucocytose du liquide céphalo-rachidien).

L'évolution même de ces manifestations jugera d'ailleurs leur nature. Autant la symptomatologie toxique ou véritablement commotionnelle est lente à s'effacer, autant les manifestations purement psycho-névropathiques, si bizarres d'allure, céderont facilement à un traitement judicieux.

Nous ne citons que pour mémoire une forme mentale décrite après la guerre de Mandchourie et qui aurait, d'après Schaïkievitch un caractère particulier : *l'amentia depressido-stuporosa*. En réalité il s'agit d'une confusion mentale typique à laquelle se mêlent des idées d'auto-accusation ou de persécution et qui, comme la confusion que nous avons étudiée, trouve son origine dans une émotion ou une commotion.

Peut-on aller plus avant dans le diagnostic et préciser, d'après l'examen clinique, l'origine même de l'état confusionnel? G. Ballet et Rogues de Fursac pensent que dans les « psychoses dites commotionnelles », la part de la commotion physique est nulle, celle de l'émotion essentielle. L'argument principal sur lequel ces auteurs

s'appuient, c'est que l'émotion pure dégagée de tout élément physique peut reproduire exactement, dans leur forme, leur intensité et leur évolution, les troubles psychopathiques attribués à la commotion. Tel n'est pas l'avis de G. Dumas. Les émotionnés, dit cet auteur, ne perdent pas connaissance et mettent plusieurs heures avant de devenir confus, les commotionnés au contraire perdent connaissance dans 95 p. 100 des cas.

Cette constatation de Dumas est exacte mais, ainsi que lui-même en fait la remarque, si la perte de connaissance doit être attribuée au choc physique, il n'est pas interdit de penser qu'entre le moment de l'explosion et celui de la perte du sentiment, une émotion intense s'est intercalée qui a déchaîné l'état confusionnel.

Ce que l'on peut dire, c'est que dans l'immense majorité des cas, le *confus par commotion-émotion* n'est porteur d'aucune blessure apparente et qu'il ne présente aucun symptôme de lésion encéphalo-médullaire, ce qui permet de le distinguer des confus purement *commotionnés* qui, nous l'avons dit, se comportent différemment.

Ce serait toutefois aller trop loin que de prétendre que le choc commotionnel n'ait pu retentir légèrement sur l'encéphale et renforcer plus ou moins l'action prédominante de l'émotion.

*
* *

§ III. — TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES COMMOTIONNÉS CÉRÉBRAUX

Les troubles purement mentaux des psychonévroses de guerre trouvent leur origine presque exclusive dans une commotion et dans l'émotion que celle-ci provoque. Et la plupart des médecins qui se sont occupés de cette question se sont demandé s'il fallait faire intervenir plus spécialement un de ces deux facteurs.

La question est d'importance parce que, si l'on admet l'hypothèse pathogénique de la *commotion*, on en conclut nécessairement à l'existence de modifications plus ou moins profondes de la substance cérébrale, modifications particulières et bien connues aujourd'hui en pathologie expérimentale. Il en est tout autrement si l'on

fait intervenir dans la pathogénie et l'étiologie de ces troubles *l'émotion*. Nous ignorons certes la nature et la qualité des modifications des éléments mentaux provoquées par l'émotion mais nous savons qu'elles disparaissent souvent très vite sous une influence purement morale, psychique et que, si modification il y a, elle est assurément très différente de celle que provoque le choc traumatique sur le cerveau.

En réalité *il existe deux ordres de perturbations psychiques post-commotionnelles* ; les unes sous la dépendance d'altérations matérielles de l'encéphale, les autres que l'on peut qualifier de fonctionnelles et qui rentrent dans le groupe des troubles psychonévropathiques.

Ce n'est pas à dire, certes, que le diagnostic clinique de ces deux ordres de faits soit aisé dans tous les cas; cependant, la plupart du temps, il est possible de faire cette distinction.

Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles mentaux immédiats de la commotion reproduisent les diverses formes de la confusion mentale avec ou sans délire.

Ces états confusionnels, qui présentent souvent un aspect clinique qui trahit leur origine émotive et décèle leur nature psychonévropathique peuvent ressembler complètement aux confusions toxiques, à cela près cependant, qu'on n'y rencontre aucun symptôme viscéral ou nerveux en rapport avec une intoxication. Ainsi que nous l'avons dit, le diagnostic de la confusion émotionnelle avec la confusion d'ordre toxi-infectieux se basera plus sur les symptômes associés que sur les caractères des phénomènes mentaux. Pour ce qui est de la confusion d'origine traumatique liée aux lésions de la commotion, la distinction d'avec les phénomènes analogues mais d'origine névropathique est plus délicate encore. Toutefois il est bien rare que les lésions traumatiques de l'encéphale se traduisent exclusivement par des troubles purement psychiques.

Un examen approfondi mettra en évidence des perturbations de la réflectivité tendineuse et cutanée, de la respiration et de la circulation qui toujours font défaut dans les états vraiment névropathiques. Si l'on joint à cela l'existence de modifications du liquide céphalo-rachidien (albuminose, leucocytose, xanthochromie, etc.), on voit qu'il existe un certain nombre de signes susceptibles au moins d'orienter le diagnostic. En dernier ressort l'évolution fera

cesser toute hésitation. Très rapidement favorable dans la confusion psycho-névropathique, elle se prolonge au contraire dans la confusion toxique ou traumatique, laissant après elle des *séquelles* dont il ne faut pas méconnaître l'origine si l'on veut établir avec précision la situation militaire du commotionné.

Ces séquelles sont à la fois psychiques et physiques et se retrouvent, à quelques variantes près, chez les grands commotionnés. Les principales sont : la céphalée tenace, diurne surtout, la photophobie, l'hyperesthésie labyrinthique à la fois vestibulaire et cochléaire engendrant les vertiges et le retentissement douloureux des bruits, l'hyperesthésie limitée ou généralisée, l'insomnie, les rêves pénibles ou les cauchemars, enfin, au point de vue psychique, la dysmnésie d'évocation, la lenteur de l'idéation, la tendance à la dépression mélancolique, l'hyperémotivité. Ces derniers phénomènes font partie des syndromes décrits sous le nom de névroses traumatiques dont nous devons dire quelques mots.

Sous le terme de *Névroses traumatiques*, Oppenheim a décrit un tableau symptomatique fait d'éléments divers empruntés surtout à l'hystérie et à la neurasthénie et dont il fait remonter l'origine à des modifications fines, impossibles à définir à l'heure actuelle, des éléments du système nerveux central. Les névroses traumatiques d'Oppenheim ne constituent donc pas une entité nosologique précise mais un complexe symptomatique dont nous avons étudié tous les éléments dans les chapitres précédents.

Mais, outre ceux-ci, Oppenheim a montré — et c'est le point qui seul nous intéresse maintenant — que très souvent ce que nous appelons les commotionnés présentent des troubles psychiques particuliers à tendance dépressive qui peuvent aller jusqu'à la mélancolie.

Ces symptômes neurasthéniformes ne sont pas exceptionnels et pour notre part nous les avons constatés souvent comme séquelles d'anciennes commotions cérébrales.

Ce qui domine au point de vue psychique, c'est l'état d'engourdissement de l'activité psychique et le trouble de l'affectivité. Incapables de se livrer à un travail appliqué et suivi, ces malades sont sans cesse hantés par l'idée de leur commotion et des troubles qu'elle a engendrés.

Cette constante préoccupation se lit nettement sur la physionomie

triste, immobile, soucieuse de ces sujets qui ne se livrent guère, s'isolent et semblent avoir perdu la faculté de rire.

Il faut ajouter que la plupart de ces sujets sont tourmentés par une insomnie rebelle ou un sommeil perpétuellement troublé et peuplé de rêves de guerre. Les rêves pénibles et les cauchemars sont alimentés très souvent par les bruits auriculaires subjectifs et aussi par l'hyperexcitabilité sensorielle.

Si on tente d'exciter leur amour-propre ils éclatent en larmes, se déclarent incapables de s'occuper et se considèrent comme déchus et définitivement invalides. Un grand nombre souffrent de céphalées, de vertiges, d'éblouissements, d'hyperesthésie acoustique et visuelle. La flexion du tronc en avant détermine chez eux, outre une congestion anormale de la face, des vertiges et un ralentissement marqué du pouls (signe d'Erben). Les réflexes cutanés sont normaux mais la réflectivité tendineuse est généralement vive.

Il n'est pas rare de constater également des modifications de la circulation : tachycardie dans la position debout (orthotachycardie), arythmie, labilité de la pression artérielle incessamment changeante ou inégalité de la tension vasculaire dans les membres homologues, dermographisme.

La fixité des troubles subjectifs et leur irréductibilité crée au malade une vie tellement pénible que parfois l'état neurasthénique s'aggrave et se transforme en hypocondrie véritable ou même en mélancolie.

L'évolution de cette forme de neurasthénie traumatique est toujours lente et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que l'amélioration survient.

Malgré l'absence de troubles objectifs grossiers, les sujets qui présentent cette affection ne peuvent reprendre leur place au poste de combat ; ceux qui, malgré les avis donnés, essayent de retourner au front sont obligés rapidement, malgré leur volonté, d'avouer leur impuissance et doivent être, au moins pour un temps, reversés dans la zone de l'arrière.

§ IV. — L'ÉTAT MENTAL DES TRÉPANÉS ET DES TRAUMATISÉS DU CRANE

Bien que l'étude des phénomènes psychiques présentés par les blessés du crâne ne rentre pas dans le plan général de ce livre, nous croyons indispensable d'en rappeler très brièvement les principaux caractères qui, on le verra, se rapprochent de ceux des séquelles psychiques des commotionnés.

Le *syndrome psychique résiduel* des traumatisés cérébraux présente, de l'avis général, une grande uniformité. Ses éléments constitutifs tiennent avant tout à l'affaiblissement de la volonté, de l'attention volontaire, à la lenteur de l'idéation, à l'épuisement rapide de l'imagination (Villaret et Mignard). De même que dans le syndrome commotionnel organique que nous avons décrit, cette torpeur des facultés supérieures peut être traversée par des phénomènes oniriques et s'accompagner de dysmnésie ou d'amnésie d'évocation ainsi que de cette hyperesthésie sensitivo-sensorielle si frappante dans les états organiques post-commotionnels.

Aussi bien chez les anciens trépanés que chez les commotionnés, il est extrêmement fréquent de constater des phénomènes de *stase papillaire* (Cantonnet), phénomènes en rapport avec l'hypertension céphalo-rachidienne que nous avons relevée dans de très nombreux cas et mesurée à l'aide du manomètre d'Henri Claude.

Cette hypertension céphalo-rachidienne nous semble jouer un rôle dans le déterminisme des phénomènes purement psychiques des commotionnés et des traumatisés; elle fait défaut le plus souvent chez les sujets atteints de troubles psycho-névropathiques post-commotionnels. Parfois elle s'allie à l'hyperalbuminose et très exceptionnellement à la pléiocytose du liquide céphalo-rachidien.

Enfin les troubles nerveux *résiduels* des trépanés ne présentent, non seulement aucun rapport proportionnel avec la blessure, mais ils sont le plus souvent d'autant plus marqués que la lésion osseuse est plus réduite.

L'exposé nécessairement succinct que nous venons de faire montre assez clairement les ressemblances qui unissent le syn-

drome commotionnel à celui des trépanés pour que nous soyons autorisés à rapprocher ces deux états au point de vue pathogénique. Dans l'un comme dans l'autre, en dehors des phénomènes psychonévropathiques, on peut constater des symptômes en rapport, non pas avec des lésions en foyer circonscrits, mais avec des modifications diffuses de l'écorce et aussi, pour une part, avec de l'hypertension céphalo-rachidienne.

*
* *

§ V. — LES SINISTROSES DE GUERRE

Sous le terme de « Sinistrose », Brissaud a décrit un état psychopathique spécial aux accidentés du travail et caractérisé par une inquiétude pathologique alliée à un délire raisonnant, basé sur une idée de fausse revendication.

Par certains côtés l'état mental du blessé de guerre se rapproche beaucoup de celui de l'accidenté du travail : incertitude au sujet de sa situation militaire, inquiétude relativement à la gratification qui lui sera allouée, etc. Aussi croyons-nous qu'il y a lieu d'étendre la sinistrose de Brissaud et d'en appliquer l'expression à un trouble psycho-névropathique assez fréquent chez nos blessés, sous le nom de « *Sinistrose de guerre* ».

Elle commence au moment où la blessure est presque « consolidée ». Le blessé est très amélioré, il le reconnaît lui-même, mais ne se trouvant pas rétabli dans l'état antérieur à la blessure, il craint d'être renvoyé au front, de ne pouvoir faire son service comme par le passé. Le plus souvent il est tourmenté de douleurs qui ne répondent pas à une altération matérielle des nerfs, véritables algies psychiques augmentées encore par la concentration de la pensée du sujet sur l'état de son membre lésé. Déprimé, souffrant, dormant mal, le blessé en vient à se demander s'il guérira jamais, si même dans un avenir lointain il sera capable de reprendre soit sa profession soit un métier quelconque.

En résumé, il s'agit ici d'un état hypocondriaque exagéré et déformé par la préoccupation prédominante de savoir comment sera liquidée la situation causée par le traumatisme.

On pourrait croire que, la réforme avec gratification étant

obtenue, tous les symptômes d'inquiétude vont s'évanouir *ipso facto*; en réalité si la guérison complète est parfois réalisée à la suite de l'établissement d'une réforme, il n'en est pas toujours ainsi. Mais alors la symptomatologie de la sinistrose se transforme et les idées hypocondriaques de la première phase sont remplacées par des idées de revendication. A la sinistrose pure fait place *la psychose de revendication*.

Celle-ci est trop connue pour que nous nous y arrêtions longuement. Rappelons seulement que son développement nécessite un terrain particulièrement préparé par la dégénérescence et que les sujets qui présentent cette variété de trouble ont manifesté depuis leur enfance, des symptômes de déséquilibre mental et sont porteurs de tares physiques et intellectuelles manifestes.

Égoïstes, orgueilleux, ils ne tardent pas à exprimer les idées de persécution en revendiquant pour eux-mêmes toujours plus de gloire et plus de reconnaissance; jamais satisfaits des examens médicaux et des conclusions des commissions de réforme, ils ne cessent de protester contre le taux de la gratification qui leur a été octroyée et sollicitent par tous les moyens d'être soumis au contrôle de nouveaux experts qui, disent-ils, sauront eux, reconnaître la véritable nature de leur infirmité et leur faire attribuer la pension à laquelle ils ont droit.

La psychose des « *revendicateurs libérés de guerre* » n'est que l'expression, en définitive, d'un état mental constitutionnel plus ou moins latent; elle est donc essentiellement incurable, mais les phénomènes grossiers par lesquels elle se traduit peuvent s'atténuer dans une certaine mesure.

CHAPITRE X

ACCIDENTS NERVEUX DÉTERMINÉS PAR L'EXPLOSION DE PROJECTILE A PROXIMITÉ

ACCIDENTS COMMOTIONNELS

Dans l'étiologie de tous les accidents névropathiques étudiés jusqu'ici, l'éclatement d'explosifs à proximité — nous l'avons vu — joue un rôle important. On le retrouve en effet dans l'immense majorité des cas, à la base des troubles psycho-névropathiques de guerre, dont il est le facteur étiologique et pathogénique de premier plan. Aussi, quoique fort disparates dans leurs modalités — et peut-être même dans leur nature — des manifestations nerveuses ou psychiques les plus diverses, mais réunies par une source commune, ont pu être groupées dans un même cadre, sous le nom de troubles commotionnels, de syndrome commotionnel [1].

1. Sous le nom de Syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre, Mairet et Piéron, décrivent un syndrome qui comprend :

« 1° Des troubles sensoriels, en particulier des hypoesthésies ou anesthésies concernant toutes les formes de sensibilité — amblyopies, surdités, amnésies apraxies, anesthésies cutanées et profondes — et des hyperesthésies particulières (points douloureux névropathiques, hyperesthésie vibratoire, osseuse, etc.). 2° Des troubles moteurs tels que l'hyperexcitabilité réflexe et les crises convulsives, ou les impotences névrosiques. 3° Des troubles vaso-moteurs et splanchniques (comprenant en particulier les céphalées, les vertiges). 4° Des troubles affectifs (prédominance des sentiments affectifs sous la forme de la peur ou de la colère, avec dissémination des sentiments altruistes). 5° Des troubles associatifs comprenant les amnésies d'évocation et les apraxies, dont la mutité est l'exemple le plus commun, l'inertie intellectuelle, la suractivité imaginative automatique (cauchemars, hallucinations, délires hallucinatoires). 6° Enfin des troubles des fonctions d'appréhension (amnésie de fixation, incapacité de fixer l'attention).

Nous n'adopterons pas ici la description de Mairet et Pierret qui nous semble

Ainsi l'ancienne commotion cérébrale ou médullaire des classiques, assez rarement observée jusqu'ici, à pathogénie encore discutée, reprenait tous ses droits. Elle les dépassait même jusqu'à englober des faits de nature et d'essence les plus diverses n'ayant pour seul lien commun que leurs conditions d'apparition. Aussi le terme de « *commotionné* » est aujourd'hui si communément employé qu'il a passé dans le langage du public extra-médical, et qu'il est même couramment employé par nos « poilus ».

Qu'entend-on par troubles commotionnels, commotion cérébrale, shock nerveux?

Quelle est la nature de ces troubles? S'agit-il de manifestations d'ordre organique, matériel, provoquées par le choc ou les vibra-

à la fois trop vaste et trop imprécise. Tous les signes énumérés ci-dessus peuvent s'observer bien entendu chez les commotionnés, isolément ou groupés à quelques-uns, mais jamais on ne les retrouve réunis chez le même malade. Il s'agit donc là moins d'un syndrome clinique à proprement parler, que de l'énumération de la série des troubles d'ordre psychonévrosique que peuvent présenter les commotionnés.

Clovis Vincent, distingue trois catégories d'accidents : 1° des phénomènes émotionnels; 2° des phénomènes commotionnels; 3° des phénomènes mentaux.

Pour lui, l'émotionné, le commotionné et le mental sont trois hommes différents.

L'homme en proie à des phénomènes émotionnels est un homme qui n'a pas perdu conscience; il est capable de fuir l'objet de sa frayeur.

Le commotionné, est à l'instant même et pendant un temps plus ou moins long, complètement inconscient. Il reste dans le voisinage de l'endroit où l'explosif a agi, il faut qu'on l'emporte.

Le mental enfin n'est ni l'un ni l'autre de ces deux hommes. Il n'est pas inconscient puisqu'il se tient debout, va, vient, crie parfois et se démène. Il n'est pas en proie à des phénomènes émotifs puisque souvent il est inerte mentalement, en pleine confusion mentale.

Cette classification nous semble trop schématique, et ne répond pas aux faits que l'un de nous, avec Boisseau, a eu l'occasion d'observer en très grand nombre dans un Centre neurologique d'armée au moment des périodes d'offensive.

Là, l'émotionné, le commotionné (et même le mental) ne sont pas, le plus souvent, trois hommes assez différents pour qu'il soit possible de les distinguer.

Enfin Georges Guillain a décrit un syndrome consécutif à l'éclatement de gros projectile sans plaie extérieure qu'il identifie de la façon suivante :

Les malades ont de l'asthénie profonde, qui nécessite les premiers jours le repos au lit, la marche est alors impossible; plus tard elle devient possible, mais avec ataxie même aux membres supérieurs. A l'asthénie physique s'ajoute une asthénie psychique : toutes les fonctions sont lentes (mémoire, association des idées, etc.). Les malades sont incapables d'aucun effort. L'insomnie est fréquente. Souvent il y a des tremblements des doigts, des lèvres, etc. et des vertiges avec troubles du vertige voltaïque. Des troubles des réflexes tendineux peuvent exister au début, ainsi que de la bradycardie ou de la tachycardie. La ponction lombaire ne révèle pas de modification du liquide céphalo-rachidien.

Les éléments de ce syndrome peuvent être dissociés ou au contraire associés à des lésions directes (troubles auriculaires, surdité, etc.).

Ces troubles nerveux ont une tendance progressive vers la guérison.

tions aériennes des gaz? — Ou de troubles d'ordre uniquement dynamique, fonctionnel? — Dans un cas comme dans l'autre, quels en sont le comment et le pourquoi?

Telles sont les questions auquelles nous allons chercher à répondre dans ce chapitre de synthèse, en face de la multitude considérable des faits qu'a fournis l'observation neuro-psychiatrique durant la présente campagne. Nous abordons ici un problème des plus intéressants, tant par les questions de doctrine qu'il soulève, que par celles de pratique médico-militaire qu'il pose. Nous en voulons pour preuves les multiples discussions émises à leurs propos, dans lesquelles, tour à tour, organiciens et non organiciens se sont efforcés de faire remonter à une cause unique l'origine des troubles commotionnels.

En réalité, si l'on cherche à sérier les questions, en se libérant au préalable de toute idée préconçue, on arrive en dernière analyse à reconnaître que les divergences d'opinion sont peut-être plus apparentes que réelles. C'est faute d'entente sur le sens propre du terme *commotion*, de ceux de *lésion organique* et de trouble *fonctionnel*, et aussi des diversités de lieu d'observation (zone de l'avant, zone de l'arrière) qu'elles sont nées.

§ I. — *Description clinique de la commotion nerveuse. Commotion cérébrale. Shock nerveux.*

C'est chez des sujets de tout âge, soldats des jeunes classes ou vieux territoriaux, qu'on la voit apparaître; sujets ordinairement entachés de tares névropathiques antérieures, constitutionnelles ou acquises durant la campagne, tares dans lesquelles l'hyperémotivité joue un rôle prédominant; plus rarement chez des hommes exempts de toute prédisposition antérieure. Tantôt c'est à l'occasion du premier bombardement auquel sont soumis les soldats arrivant aux tranchées que s'observe la commotion, tantôt au contraire, chez des individus aguerris au feu depuis de longs mois de campagne. Nous aurions en somme à répéter ici ce que nous avons vu à propos de l'origine de la plupart des accidents psychonévrosiques de guerre.

Mais ce qui domine l'étiologie de la commotion nerveuse, c'est le rôle déterminant, électif, joué par les explosifs violents : écla-

tement de mines souterraines, de torpilles aériennes (*minnenwerfer*) de gros projectiles qui font, avec beaucoup de bruit, un fort déplacement d'air et de terre. La commotion se voit encore, mais beaucoup plus rarement, à la suite de simples sifflements de balles, ou d'éclatement de 77.

Au point de vue clinique, on peut classer chronologiquement les accidents commotionnels en trois catégories, suivant le moment et le lieu où on les observe : 1° *Accidents immédiats*, ceux du champ de bataille, de la tranchée de 1re ligne. — 2° *Accidents consécutifs*, ceux des ambulances et des hôpitaux de l'avant. — 3° *Accidents tardifs*, ceux des hôpitaux du territoire et des centres neurologiques régionaux. Ces deux derniers, à quelques différences près, se confondent souvent. Il va sans dire que cette division est forcément arbitraire et varie avec les circonstances militaires modifiant, suivant les besoins, le système d'évacuation. Elle a cependant l'avantage de montrer les diversités des aspects cliniques d'après le lieu où on les observe, fait dont on a jusqu'ici trop peu tenu compte. Comme en matière de chirurgie de guerre, il y a une *neurologie de guerre de l'avant* et *une neurologie de l'arrière*.

1° *Accidents immédiats*. — Les manifestations convulsives ou crises épileptiformes se produisent très exceptionnellement à découvert, mais presque toujours au fond de la tranchée, dans un abri; souvent aussi dès le début du bombardement, en montant prendre position.

Lorsqu'il y a procursion, celle-ci se fait vers l'arrière, et les malades arrivent presque toujours sans hésitation vers un poste de secours ou un poste de commandement.

« Un jour de bombardement violent (disent du Roselle et Oberthür), quelques « commotionnés » descendent pêle-mêle vers le poste de secours; sans blessures apparentes, l'air hagard, comme il convient, ils se hâtent en titubant; aucun d'eux ne répond aux questions qu'on lui pose, ils ne reconnaissent personne. L'un de nous va vers celui qui semble le plus atteint et essaie, sans aucun succès d'ailleurs, de se faire reconnaître, enfin on l'entraîne par le bras vers le poste de secours pour pouvoir l'examiner à loisir. Au moment où le malade allait franchir la porte, il aperçoit la trace toute fraîche d'un obus qui avait pénétré dans le

haut de la façade. Aussitôt l'homme recule, se débat et s'écrie : « Non, monsieur le major, je ne veux pas rentrer là, les obus y tombent aussi, il n'y était pas hier », impossible de le faire avancer d'un pas. Aussitôt lâché, il court avec ses camarades d'infortune se blotttir en face, dans un petit blockhaus que nous avions fait creuser pour mettre nos blessés à l'abri pendant les bombardements, en attendant qu'on puisse les évacuer.

« Ces hommes restèrent là tapis, tremblant, ne répondant à aucune question, incapables en apparence de tout acte volontaire. Mais lorsque arrivèrent les voitures qui devaient les emmener, il n'y eut pas besoin de leur donner d'explications : ce fut vite compris, ils s'installèrent sans aucun aide, de la façon la plus normale. Le voyage s'effectua sans le moindre incident. »

Cette symptomatologie est bien différente de celle qui marque la commotion directe du système nerveux central consécutive à l'ébranlement de l'axe cérébro-spinal par projection du corps sur le sol, contre une paroi de tranchée et surtout, fait très fréquent aujourd'hui, par ensevelissement.

La commotion directe trouve sa plus haute expression dans la mort subite qui, on le sait, n'est malheureusement pas exceptionnelle dans la commotion.

La commotion cérébrale grave se traduit immédiatement par la perte de connaissance, le coma complet, type des comas cérébraux avec résolution musculaire, abolition de la réflectivité tendineuse et cutanée. Les membres sont en hypotonie. On peut même parfois constater le signe de Babinski, le phénomène des raccourcisseurs de Pierre Marie et Foix avec une exagération des réflexes de défense.

Dans les cas moins graves il s'agit simplement d'une perte de connaissance passagère avec amnésie, le blessé peut se rendre au poste de secours soutenu par des infirmiers.

Examiné immédiatement, on constate un facies spécial : commissures labiales abaissées, langue parésiée, ptosis avec ophtalmoplégie externe, mydriase et inégalité des pupilles, nystagmus.

Comme dans la forme précédente la musculature des membres et du tronc est hypotonique et le blessé ne peut se tenir seul ni debout ni même assis. Couché, souvent il esquisse des gestes asynergiques et maladroits.

Malgré leur apparence dramatique qui autoriserait à porter un

pronostic des plus réservés, en général, ces phénomènes de choc s'éteignent assez rapidement et ne nécessitent pas d'emblée une évacuation à l'arrière (du Rosselle et Oberthur).

2° *Accidents consécutifs.* — Ce sont ceux, avons-nous dit, que l'on observe de quelques heures à quelques jours après le choc traumatique, dans les formations sanitaires de l'avant, notamment dans les centres neurologiques d'armées. Nous ne ferons que les rappeler brièvement, à l'appui des nombreux cas qu'il nous a été donné de voir personnellement, puisque tous ont déjà fait l'objet d'étude détaillée dans les différents chapitres qui précèdent.

En restant sur le terrain purement morphologique et clinique, dégagé pour l'instant de toute idée d'interprétation pathogénique, les commotionnés, qui arrivent à l'ambulance de deuxième ligne, se présentent suivant trois types principaux qui, bien entendu, peuvent se fondre l'un dans l'autre.

A) **Le commotionné à type psychopathique.** — Ce premier type est de beaucoup le plus fréquent. La symptomatologie revêt l'aspect de la confusion mentale, dans ses différentes formes, légère, moyenne ou intense : *confusion mentale simple*, obtusion cérébrale, dysmnésie, désorientation de temps et de lieu, avec céphalée constante, souvent tenace, et parfois élévation de température ; — *confusion mentale hallucinatoire* (délire onirique), ou encore *confusion mentale stupide* avec torpeur, mutisme et hébétude très prononcés. Chez ces malades peuvent exister en même temps des accidents psycho-sensoriels (surdité ou surdi-mutité) ou psycho-moteurs (crises convulsives, tremblements, paralysie, etc.), mais ce qui domine ici le tableau clinique comme symptôme de premier plan, c'est le trouble psychique, *l'état confusionnel* ; c'est lui qui commande la thérapeutique.

B) **Le commotionné à type névrosique.** — Nous rangeons dans ce groupe les malades chez lesquels prédominent, par opposition à ceux du groupe précédent, les manifestations d'ordre névropathique pur, sans trace, au moment où on les observe, d'état confusionnel. Ceux-ci ont pu exister quelques heures auparavant, sous la forme d'hébétude, d'obtusion cérébrale incomplète, dont

il ne persiste plus actuellement qu'une légère amnésie ou dysmnésie lacunaire (perte du souvenir de l'accident traumatique). Ou bien encore, aucun trouble cérébral n'est appréciable, le sujet n'a pas perdu connaissance, il fait aisément et dans tous ses détails le récit de l'accident qui l'a conduit à l'ambulance; lorsqu'il ne peut parler, il l'écrit. C'est pourquoi il nous semble difficile d'admettre avec Dumas, que l'état confusionnel soit nécessairement à la base de tous les accidents névropathiques consécutifs aux commotions. En somme, on a affaire ici au type classique de la *psychonévrose traumatique*, de *l'hystérie traumatique*.

On note alors toute la série des manifestations décrites ailleurs, que nous ne ferons qu'énumérer ici, dans l'ordre de fréquence suivant lequel il nous a été donné de les observer : troubles de l'ouïe et de la parole (surdi-mutité, surdité, mutité, aphonie, bégaiement), tremblements, mouvements choréiques, crises convulsives, troubles moteurs paralytiques (monoplégie, paraplégie, hémiplégie), contractures (plicatures, acro-contractures), troubles de la marche (astasie-abasie, staso-basophobie), algies diffuses ou localisées, troubles sphinctériens, enfin états neurasthéniques ou psychasthéniques.

Si on recherche, chez de tels malades, les signes somatiques tirés de l'examen des réflexes et du liquide céphalo-rachidien, on en trouve peu ou prou. Les réflexes tendino-osseux sont normaux, parfois faibles, plus souvent un peu vifs, mais non réellement exagérés, les réflexes cutanés sont normaux également. Du côté du liquide céphalo-rachidien, l'hyperalbuminose peut exister (Ravaut, Guillain, Leriche), elle est rare (Roussy et Boisseau, Claude), la lymphocytose est exceptionnelle. Par contre l'hypertension est assez fréquente, elle coïncide avec la céphalée et la rachicenthèse constitue un procédé de thérapeutique efficace.

Ces notions tirées de l'examen du liquide céphalo-rachidien s'appliquent, du reste, tout aussi bien aux malades du groupe A qu'à ceux du groupe B.

Pour en revenir à ces derniers, rien, à part l'hypertension céphalo-rachidienne, et la légère hyperalbuminose (d'ailleurs non constante et discutable au point de vue de sa valeur séméiologique), rien disons-nous ne révèle une altération organique des centres nerveux.

Cliniquement au contraire, tous rentrent dans le cadre des psychonévroses tel que nous l'avons défini au début de ce travail.

C) **Le commotionné à type organique.** — Dans ce 3e groupe enfin, nous réunissons les cas dans lesquels il existe, à la suite d'un shock commotionnel, des signes de lésions encéphaliques, médullaires ou méningés, signes évidents, indiscutables, plus ou moins permanents, et s'extériorisant par des perturbations motrices, sensitives, sphinctériennes ou réflexes, et par des modifications cyto-albumineuses ou xanthochromiques du liquide céphalo-rachidien : hémorragie méningée ou cérébrale, hématomyélie, encéphalomalacie ou myélomalacie, etc. Qu'il s'agisse de troubles légers ou graves, ils persistent sinon définitivement, du moins fort longtemps, contrairement à ceux des deux groupes précédents qui sont toujours passagers et rapidement curables.

A en juger d'après l'étude minutieuse des faits publiés jusqu'ici, ces cas sont rares, nous dirions même volontiers qu'ils sont exceptionnels. Nous ne faisons que les signaler ici, car ils ne rentrent pas dans notre sujet, à proprement parler.

3° *Accidents tardifs ou prolongés.* — Ce sont les séquelles d'ordre psychonévrosique que laissent après eux les accidents commotionnels. En plus de toutes les manifestations nerveuses décrites dans le paragraphe précédent, accidents que l'on voit aussi bien dans les services neurologiques de l'arrière que dans ceux de l'avant, il en est qui, par leur durée et leur ancienneté, transforment peu à peu leur modalité clinique. Nous voulons parler des *séquelles nerveuses post-commotionnelles*, et des *sinistroses de guerre*.

Les premières sont fréquentes, la longue durée des hostilités les a bien fait connaître. Elles consistent d'une part en céphalée souvent tenace, rebelle à tout analgésique, et surtout en troubles d'ordre psychopathique : modification du caractère, dysmnésie persistante, état psychasthénique, hyperémotivité souvent considérable, frayeurs, phobies, qui font que des hommes, auparavant courageux et braves, ont perdu toute maîtrise d'eux-mêmes et ne peuvent reprendre dans la tranchée la place qu'ils ont occupée sans fléchir pendant la plus grande partie de la campagne. Si on les renvoie à l'avant, ils rechutent à la moindre occasion. Ce sont

de véritables « *éclopés psychiques* ». Ces faits sont utiles à connaître au point de vue des décisions à prendre à leur sujet.

Plus importantes encore sont les modifications des accidents névropathiques dans le sens de leur fixation; les malades acquièrent un état mental spécial que, par analogie avec celui décrit par Brissaud chez les accidentés du travail, on a groupé sous le nom de « sinistrose de guerre ». Nous les avons étudiés ailleurs.

§ II. — *Nature de la commotion nerveuse.*

La pathogénie et la nature des accidents commotionnels ont été, avons-nous vu, très discutées depuis deux ans. Un coup d'œil rapide jeté sur les travaux parus jusqu'ici nous montre, en effet, les différentes phases par lesquelles a passé la question.

D'abord avec Ravaut, Heitz, Guillain, Sollier et Chartier, etc., on tend à faire relever la plupart des accidents, d'une lésion organique du système nerveux central, lésion provoquée par la décompression atmosphérique, par le *vent de l'explosif*, comparable à l'ancien *vent du boulet*.

Puis on s'efforce de réagir contre cette manière de voir, en montrant (Roussy et Boisseau, Claude et Lhermitte) que ces lésions organiques centrales, loin d'être fréquentes, sont au contraire exceptionnelles et que le plus souvent l'accident commotionnel relève d'un trouble inorganique, fonctionnel, passager et rapidement curable par la psychothérapie.

Enfin, de la discussion récente soulevée à la Société de Neurologie de Paris (avril 1916), il ressort qu'en réalité une division s'impose, et qu'il existe deux variétés de troubles commotionnels, qui diffèrent tant par leur cause intime que par leur nature. Il est en effet des cas où les sujets, au moment de l'explosion, sont en même temps contusionnés par un éboulement : *commotion directe*, et d'autres où les accidents nerveux apparaissent sans trace de traumatisme externe, *commotion indirecte* (Claude, Roussy).

A) **Commotion directe. — Syndrome contusionnel.** — Il arrive très souvent qu'au moment de l'éclatement d'une torpille,

d'un obus et surtout d'une mine, les hommes soient enfouis sous l'éboulement d'un parapet de tranchées, d'un blockhaus, d'un abri ou frappés par des éboulis de terre ou de pierres, ou enfin projetés violemment à terre. En même temps que *commotionnés* (perte de connaissance) ils sont *contusionnés*. Ces faits passent d'autant plus facilement inaperçus que les malades ne peuvent donner eux-mêmes de renseignements à cet égard. De bonne foi, le sujet croit que c'est le vent de l'explosif qui l'a commotionné; or il n'en sait rien, car toujours il a perdu connaissance et présente de l'amnésie rétrograde portant sur l'explosion elle-même. Si on recherche l'enchaînement des faits avec soin, en poursuivant même, si nécessaire, l'enquête auprès des camarades témoins de l'accident, on parviendra à retrouver souvent cette étiologie. Or c'est à cette catégorie de faits que répondent, dans l'immense majorité, les cas signalés de commotion par lésions organiques : foyers de ramollissement ou d'hémorragie du cerveau, de la moelle, ou hémorragies méningées.

En somme, le déplacement d'air, la déflagration des gaz de l'explosif ne joue ici qu'un rôle secondaire et indirect sur les centres nerveux; c'est lui qui cause la chute des hommes et leur enfouissement, et partant les contusions multiples externes, notamment celles du crâne et du rachis. C'est par l'ébranlement indirect du système nerveux central que se produisent les foyers de ramollissement ou les hémorragies des centres nerveux. Claude et Lhermitte, à l'appui de cas anatomo-cliniques, ont attiré récemment l'attention sur ces faits encore mal connus de lésions nerveuses centrales, ischémiques indirectes, par traumatisme de voisinage. Quoi qu'il en soit, de telles lésions ne relèvent donc pas de modifications de la pression atmosphérique et ne sauraient être identifiées à celles produites dans la *maladie des caissons*.

Ces lésions, nous le répétons, sont rares. Le plus souvent la commotion se traduit immédiatement comme tardivement, par des phénomènes psychiques graves : amnésie, céphalée, vertiges, etc. Ce sont du reste les signes de la commotion cérébrale classique déjà bien connus avant la guerre.

Qu'enfin, la contusion par la vague gazeuse elle-même puisse, à elle seule, suffire comme choc extérieur, sans l'aide d'aucun autre traumatisme, surtout en endroits clos, la chose est possible mais semble très rare.

B) **Commotion indirecte. — Syndrome commotionnel.** — Ici au contraire, on ne relève aucun choc externe et c'est bien de commotion indirecte, à distance, qu'il s'agit.

L'interrogatoire des malades (lorsqu'il n'y a pas perte de connaissance) est très précis à cet égard. Et souvent — nous l'avons vu et nous le répétons — ce n'est qu'après quelques instants, une fois arrivé au poste de secours et en sécurité, qu'éclosent les accidents commotionnels. A cette catégorie appartiennent les manifestations nerveuses qui font l'objet de notre étude, à savoir, les troubles psycho-névropathiques, pouvant présenter des modalités les plus diverses et dont de très nombreuses formes ont été décrites. Leur guérison rapide par psychothérapie prouve bien leur nature névropathique.

La pathogénie des accidents relève ici d'un *ébranlement psychique* et *non physique*, qui ramène en dernière analyse l'origine du phénomène morbide à l'émotion-choc, et aux différents processus psycho-pathologiques que nous avons développés ailleurs.

En terme de conclusion, on voit qu'il existe deux grandes variétés de commotion nerveuse, différentes l'une de l'autre, tant au point de vue pathogénique qu'anatomique :

1° *Les accidents contusionnels* (*commotion directe*) qui relèvent d'une lésion nerveuse centrale en foyer (rare) ou diffuse (fréquente), produite par un choc physique indirect sur les enveloppes osseuses du cerveau et de la moelle (chute, traumatisme, etc.), et dans lesquels l'action vibratoire des gaz ne joue qu'un rôle indirect.

2° *Les accidents commotionnels* (*commotion indirecte*) qui relèvent de la pathologie psychique (troubles psycho-névropathiques) et ne s'accompagnent d'aucun des signes connus par lesquels se traduit à nous une perturbation organique du système nerveux central ou périphérique (Roussy et Boisseau).

N'existe-t-il pas dans ces faits des lésions fines cellulaires ou fibrillaires des centres nerveux? — la chose est possible mais non démontrable. De même qu'il est impossible de dire à l'heure actuelle, à un point de vue beaucoup plus général, à quelles modifications anatomiques ou dynamiques répondent les états névropathiques ou psychopathiques.

CHAPITRE XI

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Nous avons déjà indiqué à chacun des chapitres où sont traités les accidents psycho-névropathiques de guerre les conditions étiologiques qui président à leur éclosion. Nous ne reviendrons donc que fort succinctement sur celles-ci en insistant davantage sur les *facteurs étiologiques généraux*, c'est-à-dire communs à toutes les manifestations psycho-névropathiques.

On trouvera d'autre part, au chapitre se rapportant à la conception générale des psychonévroses, le résumé du mode d'action des facteurs étiologiques tel que nous le comprenons.

*
* *

§ I. — *Les facteurs généraux de prédisposition.*

Si, parmi les éléments étiologiques de toute maladie, il faut compter la prédisposition morbide, c'est assurément dans les psychonévroses qu'elle acquiert une importance de premier plan.

Bien que son action soit extrêmement difficile à déterminer rigoureusement, il n'en reste pas moins que la *constitution morbide névropathique*, héréditaire ou acquise, pèse d'un poids très ourd dans le déterminisme des accidents psycho-névropathiques.

Et cette constitution, elle ne demeure pas absolument latente, comme celle des psychoses qui éclate brusquement alors que rien auparavant n'avait permis de la suspecter, mais elle se manifeste, à bas bruit c'est vrai, dans un certain nombre de circonstances de

la vie; circonstances qui mettent en jeu l'aptitude aux réactions émotives de chacun de nous.

La constitution psycho-névropathique dont nous parlons apparaît, sinon comme des plus banales, du moins comme des plus fréquentes; elle peut se manifester par deux ordres de manifestations qui d'ailleurs ne s'opposent pas l'une à l'autre : des manifestations *d'ordre émotif*, expression exagérée des réactions psychiques et physiques de l'émotion et, d'autre part, des manifestations *d'ordre hystérique* dont le caractère essentiel consiste dans la faculté de *dissociation des fonctions psychiques* et la *fixation indéfinie de la désagrégation d'une fonction.*

Comme nous le disions, l'interrogatoire des sujets atteints de psychonévrose permet souvent de retrouver à l'état d'ébauche ces manifestations anormales émotives ou hystériques, manifestations que les émotions intenses de la guerre ont considérablement amplifiées et rendues vraiment pathologiques.

Nous croyons donc en dernière analyse que la plupart des sujets atteints de troubles psycho-névropathiques sont dans l'immense majorité des cas des *prédisposés* : prédisposés héréditaires, constitutionnels souvent, prédisposés dès l'enfance par la conséquence d'une éducation défectueuse fréquemment.

Mais il est évident que la constitution n'est pas le seul facteur de prédisposition aux psychonévroses et qu'il importe de ne pas méconnaître le rôle des agents d'affaiblissement du tonus psychologique dont un certain nombre dépendent de l'état de guerre.

Le rôle déprimant des *fatigues physiques et morales* n'est pas niable et l'on sait que, bien souvent, c'est après un bombardement prolongé ayant exigé un déplacement d'énergie considérable que surviennent, en série, les accidents psycho-névropathiques.

Il ne faut pas oublier, bien que son rôle soit plus modeste, *l'insuffisance passagère de l'alimentation* qui frappe une troupe isolée, difficile ou impossible à ravitailler et qui doit se contenter de ses vivres de réserve. De tout temps on a considéré le facteur *inanition* comme un élément important dans la genèse des psychoses de guerre; nous ne sachions pas que les armées alliées du front occidental aient eu jamais à souffrir de l'inanition, mais il est évident que, très passagèrement, certaines unités ont eu à souffrir du manque de vivres frais et de boisson. Cette carence alimentaire a pu influer sur l'éclosion de troubles névropathiques et délirants.

A côté de cette privation relative d'aliments et de boisson, nous devons placer les *intoxications* et en première ligne l'*alcoolisme*.

Nous n'insisterons jamais assez sur les méfaits qu'a causés l'alcool non seulement dans les troupes stationnant à l'arrière de la zone de combat, mais chez les combattants eux-mêmes. La fatigue, le désœuvrement expliquent en partie cet attrait pour le « pinard et la gnôle ».

Or si cette intoxication par l'alcool n'aboutit qu'assez rarement aux accidents aigus de l'alcoolisme, elle favorise singulièrement l'éclosion des accidents psycho-névropathiques. Comme on l'a dit pour la tuberculose on peut répéter que dans bien des cas l'alcool « fait le lit à la névrose ».

Nous avons personnellement relevé un grand nombre d'exemples démontrant l'action favorisante de l'alcoolisme vis-à-vis de l'hystérie et cela aussi bien dans la zone de l'avant que dans celle de l'arrière. Nombreux sont les cas où l'on voit la crise de la grande hystérie se développer à la faveur d'un état léger d'ébriété.

Quant aux troubles psychiques des psychonévroses ce sont encore les plus nettement influencés peut-être de tous les accidents psycho-névropathiques.

On ne saurait donc proclamer trop haut le danger qui résulte de l'abus de l'alcool, non seulement en raison des accidents toxiques qu'il déchaîne et qui lui appartiennent en propre, mais aussi en ce que l'intoxication par l'alcool, en lésant le système nerveux central, le prépare à subir avec plus d'intensité le choc émotif de la guerre et le rend apte à réagir d'une manière excessive et désordonnée.

L'influence des autres intoxications, en particulier du tabagisme, est beaucoup plus difficile à démêler d'autant qu'elles se présentent rarement à l'état isolé et confondent leur action avec celle de l'alcool. Peut-être renforcent-elles la nocivité de l'alcool? — Nous ne saurions en apporter aucune preuve.

Peut-on trouver dans la *profession antérieure* du soldat ou dans son *niveau social* ou encore dans sa *situation militaire* un facteur étiologique quelconque des psychonévroses? Sans qu'on puisse, quant à présent, fournir des affirmations très précises, en raison du peu de documents que nous possédons (en dehors de nos cas personnels), il est possible néanmoins de donner des indications générales.

La profession antérieure, le niveau social du sujet ne possédent en eux-mêmes aucune propriété favorisante ou empêchante vis-à-vis des psychonévroses. Nous avons vu des accidents névropathiques frapper à peu près toutes les professions.

Toutefois les professions qui exigent de l'individu des facultés de critique, de jugement, qui demandent un effort physique et moral soutenu, non seulement ne favorisent pas l'éclosion des accidents névropathiques mais lui sont nettement défavorables. Aussi comme H. Claude le remarquait, il est rare d'assister au développement d'accidents névropathiques purs chez des officiers instruits et notamment chez des médecins.

Chez l'officier à vrai dire, non seulement intervient pour corriger les tendances à l'objectivation des réactions émotives, des facultés de jugement et de critique, mais encore la notion de sa responsabilité morale et de l'exemple qu'il doit montrer sans cesse. L'officier n'est pas une unité perdue dans un groupement, il est, lui, une individualité sur laquelle se concentrent les regards et qui, sous peine de déchoir à ses propres yeux ne doit « flancher » sous aucun prétexte.

Et cette tenue morale de l'officier, il faut en tenir compte non seulement en soi, mais aussi relativement à l'influence tonique qu'elle dégage sur les hommes sur lesquels s'exerce l'autorité de l'officier. Aussi, comme l'ont indiqué très justement les médecins des corps de troupe (Dide, Clunet), la rareté des accidents névropathiques dans les troupes d'élite s'explique par l'influence heureuse et stimulante de l'élévation morale du commandement.

*
* *

§ II. — *Les facteurs déterminants.*

Les grands facteurs déterminants des psychonévroses — nous l'avons vu — se résument aux quatre principaux suivants : *la commotion*, *le traumatisme local*, *l'émotion*, *la suggestion.*

Et d'abord la *commotion par explosion d'obus directe ou indirecte.*

Par *commotion directe* il faut entendre tout état morbide du



système nerveux central provoqué par le choc physique, portant sur l'enveloppe osseuse qui entoure l'axe encéphalo-médullaire. Que le corps du sujet lui-même ait été projeté contre le sol, une tranchée, une paroi d'abri, ou qu'au contraire ce soit un projectile, obus ou balle, ou un tout autre objet déplacé violemment au cours d'une explosion et venant frapper avec force le crâne ou la colonne vertébrale, le résultat est le même : l'ébranlement du système nerveux.

Dans la *commotion indirecte* il s'agit de tout autre chose. S'il y a ébranlement du système cérébro-spinal, il est produit par la vibration aérienne qui se transmet au cerveau et à la moelle par les oscillations du liquide céphalo-rachidien recevant soit le contrecoup de l'ébranlement tympanique, soit la dénivellation brusque de la tension artérielle.

La commotion directe, si elle est génératrice de troubles psycho-névropathiques, détermine souvent des lésions matérielles du système nerveux ; la commotion indirecte, au contraire, donne lieu presque exclusivement aux accidents névropathiques.

Quelle part doit-on faire dans l'étiologie des accidents psycho-névropathiques à l'*émotion*? C'est une question qui à l'heure actuelle est fort loin d'être élucidée. Il suffit de se reporter à la discussion qui s'est déroulée devant les sociétés de Neurologie et de Psychiatrie en 1909 pour être frappé du désaccord des auteurs sur ce sujet.

La guerre présente a-t-elle solutionné cette question en apportant des faits démonstratifs et abondants? Il ne le semble pas, du moins quant à présent.

Pour nous — ainsi que nous y avons déjà insisté — le rôle de l'émotion dans le déterminisme des psychonévroses demeure fondamental et primordial. Bien plus que la commotion pure et simple, l'émotion suffit à déclancher la névrose ou à fixer sur un appareil le trouble psychologique qui est à la base même de l'accident névropathique.

A cela on peut répondre que bien souvent s'additionnent la commotion et l'émotion et que faire le départ de ces deux facteurs est presque impossible. Tel n'est pas notre avis. La commotion pure et simple, dépourvue de tout élément émotif, donne assez

rarement lieu aux accidents névropathiques. Ceux-ci peuvent bien se produire à la suite d'une commotion mais — ou bien celle-ci n'a été que relative et n'a pas entraîné de perte de connaissance (et a pu par conséquent s'accompagner d'émotion) — ou bien l'accident névropathique s'est produit non pas immédiatement après le choc nerveux mais séparé de lui par une phase intercalaire d'émotion rétrospective ou de suggestion.

A côté de la commotion générale il faut placer le *traumatisme local.*

Le rôle de celui-ci est de premier plan ; non pas qu'il suffise à lui seul à créer l'accident névropathique chez un sujet prédisposé, mais il constitue l'agent de fixation ou de « cristallisation » d'un état névropathique ébauché et imprécis jusque-là.

En apportant des perturbations évidentes dans la motricité et la sensibilité d'une région du corps, le traumatisme local agit de plusieurs manières. D'abord en créant un *état émotionnel* qui emprunte son importance et son intensité aux circonstances du combat, puis en suggérant dans l'esprit du sujet, à la faveur de l'asthénie mentale émotionnelle, l'idée d'un trouble fonctionnel plus grave que celui qui répond aux modifications organiques créées par le traumatisme.

On sait, par exemple, que le choc provoqué dans un membre par un projectile animé d'une grande vitesse initiale détermine immédiatement une « stupeur » des nerfs et une paralysie motrice et sensitive passagères complètes. Rapidement, en quelques minutes, la torpeur, l'engourdissement ont cédé chez le sujet normal. Il en est tout autrement chez le névropathe pour lequel cet état d'impotence fonctionnelle se fixe et se stabilise comme nous l'avons indiqué plus haut à la faveur de l'*auto-suggestion.*

Nous voyons donc qu'en dernière analyse les deux facteurs principaux de l'accident névropathique ou de la psychonévrose sont : d'une part l'*émotion* ou la reviviscence de l'émotion et, d'autre part, l'*auto-suggestion* favorisée par l'état de désagrégation mentale ébauchée et créée par l'émotion.

Quant à la *suggestion exogène* quoique fréquente, elle joue, croyons-nous, un rôle plus modeste que l'auto-suggestion. La plus importante est l'*hétéro-suggestion médicale.* C'est surtout dans

la création des troubles de la sensibilité que son influence apparaît de la manière la plus nette (création d'anesthésies diversement réparties), mais on peut la retrouver également à l'origine des troubles moteurs. Aussi faut-il prendre garde de ne jamais porter, devant un blessé, le diagnostic de paralysie organique, quand on n'a pas en mains tous les éléments de ce diagnostic. L'idée d'incurabilité est d'autant plus difficile à déraciner de l'esprit du blessé qu'elle a été posée par une personnalité plus compétente.

L'hétéro-suggestion de blessé à blessé ou de malade à malade nous a paru, comme à la plupart des neurologistes, très rare.

Peut-être que par les récits, les confidences que se font entre eux les blessés et qui diffusent autour d'eux si rapidement, l'hétéro-suggestion a-t-elle pu jouer son rôle. Il est impossible de le nier, mais en tout cas ce rôle ne saurait être comparé à celui de l'émotion ni à celui de l'auto-suggestion.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DES PSYCHONÉVROSES DE GUERRE

Le traitement des psychonévroses de guerre découle directement de leur nature ; troubles ayant pour base un élément psychique, ils relèvent de la psychothérapie raisonnée et persuasive, telle qu'elle a été préconisée et pratiquée depuis nombre d'années par Dejerine, Dubois, Babinski, etc. Comme le dit Brissaud, « elle consiste dans l'ensemble des moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté, et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable ». — Cette méthode a remplacé avantageusement les anciens procédés de suggestion avec hypnotisme qui doivent être définitivement rejetés.

Mais la guerre, en multipliant à l'infini le nombre des psychonévroses dans un temps relativement court et en modifiant leurs conditions d'apparition, devait créer de nouvelles nécessités et réclamer une thérapeutique énergique et rapide. Il fallait, en effet, lutter contre l'extension, par contagion morale, des troubles névropathiques en prenant des mesures prophylactiques appropriées ; il fallait rendre possible le traitement de ces malades presque tous curables, afin de renvoyer des combattants aux armées. Dans ce but, le Service de Santé a groupé dans des services spéciaux « centres neurologiques ou neuro-psychiatriques » de l'intérieur ou de la zone des armées, les malades de cette catégorie. Cette organisation a donné d'excellents résultats, et malgré quelques imperfections de détail, elle a rendu de grands services, tant aux malades eux-mêmes, qu'à la collectivité.

Il nous reste donc à exposer la façon de traiter et de guérir les psychonévrosés. Sans doute, chaque neurologiste aura ses méthodes personnelles qu'il préférera à toute autre parce qu'elles lui donnent de bons résultats; sans doute aussi il y a de multiples façons de procéder, variables suivant les cas et les individus : méthodes lentes, méthodes rapides. De même que tel malade fait, en quelque sorte, son accident psychonévrosique à sa manière, et lui donne souvent une empreinte personnelle, de même tel médecin impliquera à sa méthode thérapeutique une note individuelle. En somme, c'est affaire d'équation personnelle.

Cependant, aux débutants, il faut un fil conducteur, quelques points de repère au moment où ils vont se trouver, parfois seuls et sans conseils autorisés, en face d'un psychonévrosé. Les cas se présentent souvent dans les formations sanitaires de la zone des armées. Voici un sourd-muet commotionné, un trembleur, un paralytique qui arrive au poste de secours, à l'ambulance divisionnaire, ou dans une formation des étapes; que faire de ce malade? Certains accidents névropathiques légers pourront être traités sur place, séance tenante, pour le plus grand bien des malades, à condition que les médecins des régiments ou des ambulances divisionnaires sachent les reconnaître. Voici encore un nerveux fonctionnel qui entre dans un service spécialisé, comment convient-il de le soigner?

Pour cela, envisageons successivement :

1° Le rôle du médecin ;

2° Le rôle du malade ;

3° Les conditions inhérentes au milieu ;

4° Les méthodes thérapeutiques.

1° ***Le Médecin***. — Son rôle est capital; de lui dépend en grande partie les résultats de la thérapeutique. Beaucoup d'échecs sont imputables aux médecins. Il est fréquent, en effet, de voir des patients traîner de formations en formations leur névropathie, leur tremblement, leurs tics ou leurs crises nerveuses, et finir par « *guérir* » quand ils ont enfin trouvé « *leur maître* ».

Le médecin psychothérapeute doit avoir de l'autorité morale, c'est à lui de l'acquérir dans son service et de prendre sur ses malades l'ascendant nécessaire qui lui permettra d'agir avec pro-

fit. En médecine militaire, le prestige du galon est un auxiliaire précieux qui facilite beaucoup ce procédé de thérapeutique dans lequel le médecin doit jouer le double rôle de « confesseur » et « d'éducateur ». Convaincu de la curabilité de tel trouble, il doit communiquer au malade sa conviction, entrer en communion, en contact psychique intime avec lui, pour lui imposer sa façon de penser. C'est au cours des premières conversations avec le malade — une fois le diagnostic dûment établi — que ce travail s'opère, et que l'on arrive peu à peu à capter la confiance du sujet, pour le dominer et finalement le vaincre moralement, si, comme il arrive souvent, on rencontre de sa part une certaine résistance.

On parlera donc avec bienveillance, en même temps qu'avec autorité, en mettant en pratique le vieil adage de la « main de fer dans un gant de velours ». Du premier entretien dépend souvent la réussite du traitement, et lorsque le malade sort du cabinet médical pour rejoindre sa salle, on peut prévoir, de la façon dont il se sera comporté durant l'interrogatoire, si la guérison sera facile ou non à obtenir.

Au cours du traitement, il faut faire preuve de grande patience, ne pas s'énerver ni se fâcher, au risque de prononcer des paroles regrettables dont le malade a bien vite fait de se saisir pour s'en faire une arme défensive ou même offensive. Ce n'est pas là toujours chose facile, et tous ceux qui ont quelque pratique de la psychothérapie savent qu'il est des jours, des moments, où l'on réussit mieux que d'autres à traiter les névropathes. — Aussi, lorsqu'un résultat se fait trop attendre, et qu'au cours d'une séance déjà prolongée, on n'obtient plus aucun bénéfice, il vaut mieux ne pas persister et renvoyer au lendemain, sous prétexte de repos. — On aura soin dans ce cas d'isoler le malade. Cette façon de procéder par « séances fractionnées » réussit souvent; nous l'employons pour notre part volontiers et nombre de fois il nous est arrivé de voir sortir de notre cabinet un paralytique traînant encore les jambes, un muet ne reparlant qu'avec hésitation et qui le lendemain matin, à la visite, se déclarait complètement guéri, et qui l'était réellement.

Le médecin doit aussi prendre garde de ne rien faire, de ne rien dire qui puisse suggestionner (dans le mauvais sens du mot) son malade. Nous avons dit ailleurs combien étaient fréquentes et dangereuses les suggestions médicales.



Enfin, on aura soin de ne pas avoir l'air de suspecter chez le sujet la simulation, durant les premiers entretiens tout au moins, ni de proférer trop vite des menaces de mesures disciplinaires, de conseil de guerre, etc. Ce sont des procédés extra-médicaux qu'il faut réserver à une classe spéciale de « malades » et n'utiliser qu'en dernier ressort. Nous ne les avons jamais vus réussir chez les psychonévrosés.

Ce qu'il faut, c'est se placer en *médecin* vis-à-vis d'un *malade*, considérer celui-ci comme un névropathe et lui donner cette impression, même s'il est ou peut sembler suspect d'exagération ou de simulation; se rappeler combien le diagnostic de simulation est difficile à faire, pour ne traiter comme tel que celui qui le mérite. C'est heureusement l'exception. Aux autres, à ceux dont la guerre a fait des déséquilibrés du système nerveux, des « blessés psychiques », il faut fournir l'*occasion*, la *force*, l'*énergie* ou la *volonté* de guérir, toutes choses qui leur manquent et qu'ils sont incapables de retrouver par leurs propres moyens.

Insistons encore sur la nécessité de procéder à l'examen méthodique du sujet, même lorsque la nature de l'affection paraît s'imposer *a priori*. Cette remarque est loin d'être superflue; à voir défiler dans un même service un grand nombre de névropathes, on est forcément incliné à se laisser entraîner par son impression première, et à accepter trop facilement un diagnostic déjà porté antérieurement. L'examen poursuivi à nouveau avec la plus grande minutie, avec le secours de toutes les méthodes usuelles : ponction lombaire, radiographie, etc., permet non seulement de réformer des diagnostics erronés ou de dépister des associations hystéro-organiques, mais il concourt, adjuvant précieux, à donner au sujet la confiance en celui qui ensuite lui affirmera la curabilité de sa maladie et lui promettra la guérison.

On attachera enfin une grande importance à l'examen psychologique, en faisant parler longuement les sujets, en notant leur degré de développement intellectuel, leur niveau social, d'où dérivent des indications thérapeutiques précieuses : un sujet débile nécessitant d'autres procédés de traitement qu'un homme intelligent, instruit et cultivé.

2° **Le malade.** — Tous les psychonévrosés ne sont pas justiciables de la psychothérapie au même degré.

Il est un groupe de malades, les psychopathes à proprement parler (états confusionnels, mélancoliques, psychasthéniques), qu'il faut mettre à part comme relevant plus directement de la psychiatrie et nécessitant un traitement spécial : repos prolongé, hydrothérapie, etc. Certains d'entre eux peuvent être récupérés à un moment donné.

Les autres, c'est-à-dire les psychonévrosés de type hystérique ou pithiatique relèvent de la psychothérapie à proprement parler.

Ici certaines conditions inhérentes au malade et à la nature de l'affection sont à prendre en considération. Un malade « neuf », non encore examiné ni traité, est beaucoup plus facile à guérir que celui chez lequel les accidents sont de date ancienne. Ce dernier, névropathe invétéré, nécessite parfois des procédés spéciaux dont nous parlerons plus loin. Le degré de curabilité est donc inversement proportionnel à l'ancienneté du trouble. *D'où l'utilité de traiter les névropathes le plus tôt possible après l'accident.* C'est là un fait sur lequel tout le monde aujourd'hui est tombé d'accord.

Il est d'autres facteurs qui conditionnent la thérapeutique et qu'il est bon de connaître.

La nature du trouble psychonévrosique a son importance : les contractures sont plus tenaces que les paralysies, les tremblements ou les tics résistent davantage que d'autres troubles commotionnels comme les surdi-mutités, etc.

L'état psychologique a aussi son influence. Il est certain par exemple que le raisonnement le mieux conduit n'aura que peu de prise sur un sujet entaché de débilité mentale.

Enfin on rencontrera plus de difficulté à traiter les névropathes à passé pathologique chargé, ayant avant la guerre déjà fait de multiples manifestations nerveuses. Ces *psychonévroses de l'avant-guerre* sont plus rebelles que les *psychonévroses de guerre*; néanmoins on peut obtenir des résultats permettant une utilisation relative.

3° **Le milieu**. — Si la personnalité du médecin joue le rôle capital en conditionnant, par l'autorité morale qu'il a su acquérir, les résultats psychothérapiques, si l'état psychique du patient, l'ancienneté et la nature de l'affection ont aussi pour une bonne part leur influence, il est un troisième facteur, non moins impor-

tant à considérer : le milieu dans lequel sont soignés et traités les psychonévrosés.

Il est de toute évidence que les hôpitaux de la zone des armées (Centres neurologiques de l'avant) constituent à ce point de vue des milieux éminemment favorables. Leur confort très relatif, leur discipline toute militaire, leur proximité du front, leur éloignement et leur difficulté d'abord pour les familles conviennent particulièrement à ce genre de traitement et rendent les guérisons *beaucoup plus aisées et plus rapides* qu'à l'intérieur. Depuis bientôt deux ans, nous nous efforçons de soutenir cette opinion, avec preuves à l'appui. Elle est admise aujourd'hui par tous les neurologistes. Aussi est-il permis de regretter que le Service de Santé n'ait pu mieux organiser aux armées la filtration des fonctionnels dont un grand nombre, surtout au moment des attaques, vont encore se perdre, pour de longs mois, à l'intérieur.

Sans doute, dans les Centres neurologiques de l'intérieur, on peut aussi guérir les névropathes, mais au prix de quelles difficultés, de quelles lenteurs ! C'est par semaines ou par mois que se compte la durée du traitement, alors qu'à l'avant c'est par heures ou par jour.

Mais la notion de lieu, zone de l'avant, zone de l'intérieur, quelque importance qu'elle ait, n'est pas tout. Il faut créer dans un service l'ambiance et l'atmosphère désirables, ce qui est particulièrement facile sous le régime militaire.

La discipline générale et surtout médicale doivent y être sévères mais justes, le personnel, infirmiers et infirmières, parfaitement bien dressé et mis au courant de la façon de se comporter vis-à-vis de ce genre de malades.

Les malades en entrant sauront de suite qu'il vont avoir affaire à un Major qui peut les guérir, mais que certaines manifestations nerveuses bruyantes comme les crises convulsives hystériques sont interdites, sous peine d'un séjour plus ou moins long dans un cabanon, que tout névropathe invétéré sera rigoureusement maintenu au lit et à la diète lactée tant que les accidents ne se seront pas amendés. Une fois cette ambiance établie, les guérisons s'enchaînent facilement les unes aux autres.

Qu'on ne croie pas enfin que ce soit chose très difficile que de créer un tel milieu : c'est l'affaire de quinze jours à trois semaines,

ainsi que nous en avons pu en faire personnellement, et à plusieurs reprises l'expérience, au cours de diverses mutations.

4° **Les méthodes.** — Voyons maintenant comment il faut traiter les psychonévrosés. Le traitement consiste dans la psychothérapie raisonnée, ferme, souvent même impérative, qui comprend des conversations plus ou moins prolongées, aidées par l'isolement, l'électro-faradisation et la rééducation.

C'est ce que nous appelons la *méthode psycho-électrique et rééducative* qui comporte divers degrés et peut être divisée en quatre temps.

1er temps. — Conversations persuasives. — Le malade a été examiné si possible le jour même de son entrée. Sinon, il aura été préalablement isolé. Une fois le diagnostic posé, on cherchera à expliquer au sujet la nature du trouble dont il est ou se croit atteint (résultat d'un choc moral ou physique, d'une frayeur, d'un surmenage, etc.), à lui montrer comment l'affection a pu survenir et s'installer, à le rassurer sur sa gravité et enfin à lui promettre la guérison. Tout cela avec simplicité, calme et sollicitude, mais en procédant par affirmation. Si l'occasion se présente, on peut au besoin appuyer son raisonnement sur des exemples de malades guéris, encore présents dans le service. Ce rôle de contagion favorable de malade à malade est souvent efficace, dans les cas de surdi-mutité et de crises de nerfs par exemple.

Au cours de cette première conversation s'opère chez le névropathe la suggestion raisonnée, à l'état de veille bien entendu, mais suggestion incontestable et d'autant plus facile qu'on s'adresse à des sujets d'un niveau intellectuel moins développé.

La séance de conversation psychothérapique doit être faite dans le cabinet du médecin et non dans la salle commune, à la visite.

A la fin de l'entretien, on s'efforcera d'obtenir du malade la promesse qu'il désire réellement guérir et qu'il se soumettra, s'il y a lieu, à tout procédé thérapeutique nécessaire à cet effet. La promesse est faite sous serment et, suivant les restrictions, les faux-fuyants invoqués par le patient, on peut d'ores et déjà tirer argument de la facilité de curabilité du sujet.

On peut passer le jour même au temps suivant et soumettre le malade au traitement électrique. Mais il est préférable de procéder

avec méthode et de remettre l'électrisation à plus tard, au lendemain ou mieux à quelques jours, pendant lesquels le sujet sera rigoureusement isolé.

2e temps. — Isolement. — Le malade est alors placé dans une chambre seule où il sera maintenu au lit et au régime lacté absolu. L'isolement, classique depuis Weir Mitchell, est un adjuvant précieux — indispensable à notre avis — de la psychothérapie, à part de très rares exceptions. Il est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

En procédant ainsi par étapes successives, et en isolant le malade pendant quelques jours avant le traitement électrique, on réalise divers avantages.

a) On renforce l'effet suggestif que l'on entretient au moyen de courtes conversations aux visites et contre-visites journalières;

b) On permet au sujet, livré à ses propres méditations, de réfléchir aux promesses qui lui ont été faites et souvent on arrive à ce qu'il réclame le traitement électrique que d'abord il refusait énergiquement;

c) On prolonge le temps d'observation, ce qui permet de compléter ou de parfaire le diagnostic.

L'isolement joue non seulement un rôle thérapeutique mais encore prophylactique qui permet d'éviter le plus possible la contagion. Il comprend deux degrés : l'un, *isolement de douceur* en chambre séparée, ci-dessus décrit, qui suffit dans la plupart des cas; l'autre, *isolement de rigueur* en cabanon avec diète lactée ou même hydrique, auquel on est forcé parfois de recourir.

Souvent, durant cette deuxième étape thérapeutique, la guérison apparaît spontanément : une boiterie déjà ancienne, un tremblement ou une surdi-mutité disparaissent comme par enchantement durant l'attente et la perspective du traitement électrique. Nous en possédons de nombreux exemples.

Sinon on passe au temps suivant.

3e temps. — Faradisation. — Les séances d'électrisation se feront sans témoin, à part les aides infirmiers nécessaires pour maintenir le malade.

Position du malade. — Celui-ci, complètement déshabillé, est étendu sur un lit où il sera d'abord traité couché, surtout

lorsqu'il s'agit de troubles moteurs des membres inférieurs. Ensuite le traitement est poursuivi assis, puis debout, en marche, en course, etc.

Appareils. — On emploie comme source d'énergie un appareil faradique du modèle de celui fourni au Service de Santé, dans lequel les piles sèches seront avantageusement remplacées par des piles Leclanché dont on peut en réunir plusieurs en batterie. On se sert de la bobine à fil fin, et comme excitateurs, d'abord des tampons, puis des cylindres révulseurs, enfin du pinceau métallique. Le courant, faible au début, est augmenté progressivement d'intensité, et les tampons sont appliqués d'abord au niveau des régions intéressées, puis, si c'est nécessaire, en des endroits particulièrement sensibles de la surface cutanée (oreilles, cou, lèvres, plante des pieds, périnée, scrotum).

Au cours des applications électriques, on aura soin de procéder au début avec douceur, en faisant par exemple remarquer au malade la contraction des muscles soi-disant paralysés, en prenant comme point de comparaison ceux du côté sain, etc.; puis, s'il le faut, on passe aux procédés plus énergiques au fur et à mesure que l'on augmente la force du courant. C'est la méthode rapide, à employer dans l'immense majorité des cas, surtout à l'avant. En face d'accidents récents, elle donne presque toujours des résultats immédiats, principalement dans les accidents commotionnels psycho-sensoriels ou sensitifs, les crises de nerfs et la plupart des troubles psycho-moteurs.

Il s'agit, en somme, de provoquer une sorte de « déclanchement » que l'on s'efforcera d'obtenir dès la première séance. Celle-ci doit être quelquefois prolongée pendant plusieurs heures consécutives, jusqu'au moment où l'on finit par « avoir » le malade. Mais si ce déclanchement se fait trop attendre et que le sujet donne des signes de fatigue manifeste il vaut mieux suspendre comme nous l'avons déjà dit, et remettre au lendemain. Ceci se présente surtout dans les formes anciennes; certains malades nécessitent deux ou trois séances, parfois même davantage.

Hydrothérapie. — La douche froide en jet brisé ou même en plein jet peut remplacer la faradisation, pour obtenir le déclanchement. Nous l'avons employée avec succès à l'avant pour traiter des commotionnés récents. Il en est de même d'autres

procédés comme les injections sous-cutanées légèrement douloureuses (éther) qui pourront être utilisées, à défaut d'autres moyens, dans les postes avancés de la ligne de feu (Boisseau).

4e temps. — Rééducation physique et psychique. — Il constitue un stade très important du traitement psychothérapique, et ceci d'autant qu'il s'agit de troubles plus anciens. La plupart des névropathes (surtout dans les centres de l'intérieur), une fois déclanchés doivent être rééduqués par des exercices méthodiques tendant à rétablir le jeu normal de telle ou telle fonction : rééducation motrice aidée de massages, de mobilisations, en somme des différents procédés de physiothérapie. Cette rééducation doit être confiée à des aides spécialisés ou même à des infirmiers moniteurs, et toujours accompagnée de psychothérapie et de reprise, s'il y a lieu, du traitement électrique.

La rééducation à elle seule, non précédée du stade de faradisation, est employée par certains neurologistes; elle peut donner des résultats, mais combien plus lents et difficultueux! Parfaitement suffisante en temps de paix, elle ne saurait convenir en temps de guerre, où il faut aller vite et où on se trouve en face d'une multitude de névropathes qui bientôt encombrent les services et en font de véritables « milieux de culture [1] ».

1. Clovis Vincent, au Centre Neurologique de la IXe Région, a institué pour les hystériques invétérés un procédé de rééducation intensive qui comprend les trois temps suivants :

1° Temps de déclanchement et de rééducation intensive proprement dite. C'est le temps que les poilus appellent « torpillage », pendant lequel on vainc l'inertie de l'homme, véritable temps de rééducation forcée, appuyée par le courant galvanique. Il comprend :

A) *La rééducation directe* dans laquelle on oblige le malade à faire le mouvement ou l'acte qu'il déclare ne pas pouvoir faire, ou la *rééducation indirecte*, dans laquelle on l'amène au but déterminé mécaniquement et sans l'intervention de sa volonté (course par exemple pour amener l'automatisme normal des mouvements des membres inférieurs).

B) *L'application du courant galvanique* allant jusqu'à trente ou trente-cinq milliampères, employé pendant un temps très court et à plusieurs reprises au cours des séances.

2e temps. — La fixation des progrès obtenus dans lequel des mouvements d'assouplissement, des exercices de marche, etc., concourent à fixer la guérison.

3e temps. — L'entraînement pratiqué dans des sections d'entraînement par des moniteurs, période qui doit être prolongée souvent longtemps sous la surveillance du médecin avant de rendre le sujet définitivement guéri à l'armée.

Cette méthode a donné d'excellents résultats, mais il faut remarquer qu'elle s'applique à une catégorie spéciale de névropathes, aux hystériques anciens qui depuis de longs mois, et même plus d'une année, ont traîné de formations en formations sans avoir été traités dès le début comme il convient. A l'avant les cas justiciables de ce procédé sont l'infime exception.

Soins consécutifs. — Une fois le psychonévropathe guéri, il doit être maintenu un temps assez long en observation avant d'être renvoyé aux armées ou au dépôt. Au cours des visites médicales journalières on surveillera le malade et on s'assurera de la fixation définitive de la guérison. Malheureusement à l'avant il n'est pas toujours possible, faute de place, de conserver suffisamment longtemps les hystériques guéris. Aussi les évacuations hâtives sur l'intérieur, les permissions de convalescence trop précoces sont-elles fréquemment cause de récidive. A l'intérieur, au contraire, de tels inconvénients n'existent pas; les malades peuvent être maintenus et entraînés dans des centres de rééducation créés à cet effet.

Les résultats. — On peut dire en terminant, et sans rîsque d'exagération, que presque tous les psychonévrosés de guerre du type hystérique sont susceptibles de guérir par la psychothérapie bien appliquée.

Quant aux *échecs*, — et il y en a malheureusement encore beaucoup plus qu'il ne devrait y en avoir, — ils tiennent le plus souvent, il faut l'avouer, à une faute de thérapeutique : milieu défavorable, erreur de diagnostic au début, traitement trop tardif, manque d'intérêt ou de temps de la part des médecins.

Plus rarement ils relèvent du malade lui-même, de son état psychique : forte tête, mauvaise volonté, refus de traitement.

Le pourcentage dans un centre neurologique d'armée nous a donné, dans l'espace de dix mois, 98 à 99 p. 100 de guérisons (Roussy et Boisseau).

Dans un centre de l'intérieur organisé en vue de ce traitement spécial, 2-3 p. 100 d'échecs seulement (Clovis Vincent).

Vouloir guérir un psychonévropathe, c'est engager avec lui une lutte morale dont on doit sortir victorieux.

Tel est en dernière analyse le secret de la psychothérapie.

*
* *

Conduite à tenir à l'égard des psychonévrosés, au point de vue des décisions militaires.

Au terme de notre étude, il nous reste à envisager la question des décisions militaires à prendre à l'égard des psychonévrosés guéris ou non, question dont la solution offre parfois de sérieuses difficultés.

A de nombreuses reprises, les chefs des centres neurologiques ont attiré l'attention de l'autorité militaire à ce propos et ont réclamé des instructions tendant à une uniformité de conduite médico-militaire.

La Société de Neurologie de Paris a mis cette question à l'ordre du jour de sa séance plénière de décembre dernier; nous reviendrons tout à l'heure sur ces délibérations.

Examinons successivement les différentes solutions à envisager, soit dans les Centres Neurologiques de l'avant, soit dans ceux de l'intérieur, et suivant les différentes catégories de malades :

psychonévrosés chez lesquels prédomine l'élément névropathique (hystérique ou pithiatique);

psychonévrosés chez lesquels prédomine l'élément psychique.

Centres neurologiques de la zone des armées. — En ce qui concerne les hystériques, nous avons vu qu'en principe tous devaient être considérés comme susceptibles de guérison. En fait, d'après notre expérience personnelle, c'est la très grande majorité des cas. Les échecs ne formant, à l'avant, qu'une très rare exception, il n'y a pas lieu d'en tenir compte ici.

Les seules questions qui se posent sont donc les suivantes :

1° A quel moment le psychonévrosé guéri sera-t-il renvoyé au front?

2° Y a-t-il lieu de lui octroyer une permission de sept jours, ou un congé de convalescence?

Juger le moment opportun du retour au front d'un psychonévrosé apparemment guéri est chose moins aisée qu'il ne semble de prime abord. Trop souvent en effet, comme le dit très justement Grasset, on se contente de « blanchir » les malades rapidement et de les renvoyer à leur corps. Une fois arrivé dans les tranchées, l'hystérique soi-disant guéri voit ses accidents réappa-

raître et doit être l'objet d'une nouvelle évacuation. Nous avons nous-mêmes commis cette erreur avant de l'avoir reconnue. Et aujourd'hui encore, il nous arrive souvent de recevoir, évacués des centres neurologiques d'armées voisines, des malades chez lesquels la fixation de la guérison ne semble pas avoir été poursuivie assez longtemps.

La *permission de convalescence* de sept jours est actuellement aux armées un droit pour tout malade ayant séjourné dix jours dans un hôpital, et malgré les décisions prises à cet égard au Congrès des Neurologistes à Doullens (janvier 1916), le refus de cette permission est considéré dans certaines armées comme une mesure disciplinaire qui nécessite même un échange de pièces et de rapports. C'est là une erreur capitale, et il serait à souhaiter qu'une plus grande latitude fût laissée aux chefs des centres neurologiques d'armée. Il serait désirable que ces permissions ne fussent données qu'à titre exceptionnel aux malades qui ont fait preuve de bonne volonté au cours du traitement. Trop souvent en effet on se laisse fléchir, en obéissant à un sentiment d'humanité bien naturel que l'on est amené à regretter par la suite. Citons deux exemples tout récents : un hystérique, après avoir passé six semaines sans crise nerveuse dans notre service — alors qu'il en avait journellement depuis plusieurs mois — part en permission pour la Corse et fait une crise de nerfs sur le bateau. — Un autre, légionnaire, guéri en quelques instants d'une surdi-mutité dite commotionnelle, n'a pas rejoint son corps à l'expiration de sa permission.

Quant aux *congés de convalescence*, ils nous semblent à plus forte raison, ne devoir être utilisés qu'exceptionnellement dans la zone des armées. Un hystérique ne retire aucun profit à se retrouver pendant un temps prolongé chez lui, dans son milieu habituel.

Enfin les psychonévrosés, contrairement à ce qui se passe, ne devraient être évacués que très exceptionnellement sur l'intérieur. Nous avons insisté suffisamment ailleurs pour ne pas y revenir, sur la nécessité qu'il y a à exercer, aux hôpitaux d'évacuation et surtout aux gares régulatrices, la filtration la plus stricte de cette catégorie de malades.

Il va sans dire que des raisons purement militaires pourront à un moment donné obliger à évacuer en bloc un hôpital contenant des névropathes en traitement.

Pour les malades chez lesquels prédomine l'élément psychique : états neurasthéniques, névrose traumatique, états confusionnels, séquelles post-commotionnelles, etc., les décisions à prendre sont différentes. Un petit nombre de ces malades sont récupérables à brève échéance et peuvent être traités dans la zone des étapes, mais ici encore le retour trop précoce au front est très souvent suivi d'une reprise des accidents. La plus grande partie de cette catégorie de malades sont justiciables, ainsi que nous l'avons vu, d'une évacuation sur l'intérieur en vue d'un repos prolongé et d'un long congé de convalescence.

Centres neurologiques de l'intérieur. — Ici, les questions qui se posent sont plus nombreuses et plus complexes, pour de multiples raisons : catégorie spéciale de psychonévrosés à troubles anciens, encombrement des centres neurologiques de l'intérieur, insuffisance numérique du personnel médical et infirmier concourent à rendre le milieu éminemment peu favorable à la psychothérapie.

Pour les psychonévrosés du type hystérique guéris, il y a lieu de faire, au point de vue de leur envoi au dépôt de leur corps ou en congés de convalescence, les mêmes réserves que ci-dessus.

Pour les malades non guéris, hystériques récalcitrants, invétérés dont un grand nombre encombre les services de l'intérieur, que convient-il de faire? — Telle est la question que se sont posée maintes fois les chefs de centres neurologiques et à laquelle, tout récemment, le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé a bien voulu proposer une solution.

« Ce sont, comme le dit Grasset, des malades que l'on ne peut pas renvoyer au dépôt (parce qu'on ne les y garde pas), que l'on ne peut pas envoyer en convalescence (parce qu'ils ne sont pas convalescents et qu'ils reviennent plus malades de chez eux) et que l'on ne peut pas réformer puisque, le 21 octobre 1915, la Société de Neurologie a adopté le vœu... « *qu'il ne soit plus présenté, dans la période actuelle, en aucune circonstance, aucun militaire atteint de psychonévrose devant les commissions de réforme en vue d'une réforme quelconque* » et puisque le 6 novembre 1915, M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé a écrit au président de la Société qu'il approuvait absolument ce vœu.

Que faire donc de cette catégorie de malades dont le nombre s'accroît de jour en jour, et qui constitue pour les autres malades un danger de contagion et un exemple fâcheux? A la dernière réunion des chefs des Centres neuro-psychiatriques tenue au Val-de-Grâce, sous la présidence du sous-secrétaire d'État, la mesure suivante a été proposée et adoptée : Les hystériques anciens et récalcitrants seront dirigés par « petits paquets », par les soins du ministère, dans les centres neurologiques de la zone des armées dont quelques-uns seront organisés en vue de ce traitement spécial. On peut se féliciter de cette décision qui, à en juger par notre expérience personnelle, permettra certainement de diminuer le nombre de ces « indésirables » et d'en récupérer une grande partie pour l'armée.

Les psychonévrosés devant les commissions de réforme. — Malgré le vœu émis en 1915 par la Société de Neurologie, concernant la question des réformes des hystériques non guéris, il existe de grandes variétés, suivant les régions, dans les mesures médico-militaires appliquées aux psychonévrosés. Trop nombreux en effet sont les malades de cette catégorie qui ont été ou sont encore, en désespoir de cause, proposés pour une réforme temporaire avec ou sans gratification. Ceci constitue pour tous les névropathes en cours de traitement un exemple fâcheux qui risque de compromettre les résultats. Aussi la Société de Neurologie de Paris a-t-elle été bien inspirée de consacrer le 15 décembre dernier, une séance spéciale à la question des *Névroses et Psychonévroses de guerre et de la conduite à tenir à leur égard.*

Les vœux suivants, proposés par Babinski, ont été adoptés.

1° *Pour les accidents hystériques, pithiatiques purs : ni réforme, ni gratifications.*

2° *Pour les accidents pithiatiques associés à des désordres organiques ou physiopathiques : ne pas tenir compte des manifestations hystériques dans l'évaluation du degré de l'incapacité.*

3° *Pour les troubles physiopathiques (troubles nerveux dits réflexes) consécutifs aux traumatismes de guerre et réfractaires à un traitement prolongé : service auxiliaire ou réforme temporaire avec gratification de 20 à 50 p. 100.*

4° *Pour les états neurasthéniques bien caractérisés, sans adjonction de désordres organiques ou de troubles mentaux : pas de gratifications, exceptionnellement réforme, le plus souvent service auxiliaire.*

Enfin, qu'il nous soit permis en terminant, de soulever une dernière question : celle de l'interprétation par les Commissions de réforme des propositions émises par les médecins traitants, notamment par les spécialistes. Malgré les réclamations nombreuses et fréquentes des chefs de services généraux comme des chefs de services de spécialités, le conflit est loin d'avoir cessé ; au contraire les commissions de réforme s'obstinent à tenir le moins compte possible des propositions formulées par des médecins qui ont pris souvent fort longtemps à formuler un diagnostic précis.

Nous ne saurions mieux faire que reproduire ici sans commentaires les paroles du professeur Grasset, paroles que tout médecin compétent et conscient de sa responsabilité ne peut qu'approuver.

« A ces demandes réitérées et justifiées — dit Grasset dans son rapport — il vient d'être fait une réponse, au moins inattendue : non seulement on ne donne pas à nos propositions plus d'autorité que par le passé devant les Commissions de réforme, mais on nous interdit de faire dorénavant une proposition quelconque.

« Voici, en effet, ce qu'on lit textuellement dans la circulaire n° 309. Ci/7 C. C. M. du 5 novembre 1916, sur le rôle et les attributions des médecins traitants et *spécialistes* dans la constitution des dossiers médicaux-légaux : « ... le rôle des médecins traitants, et notamment des *médecins spécialistes*, dans la constitution des dossiers, consiste à fournir les renseignements anatomiques et cliniques les plus complets pour permettre aux seules autorités légales, les médecins experts des Commissions de réforme, d'ÉMETTRE UN AVIS ou de prendre des décisions sur les effets légaux que doivent comporter les infirmités. Les médecins traitants doivent donc *s'abstenir de toute évaluation personnelle du taux d'invalidité ou de* TOUTE SUGGESTION *sur la solution précise à inspirer aux Commissions de réforme*, sauf dans les cas *exceptionnels* où, par suite de circonstances diverses, les Commissions ou les médecins experts sollicitent leur avis à titre con-

sultatif » et dans les cas où « les médecins traitants sont chargés d'une contre-expertise sur l'ordre du Ministre... ».

« Cette annihilation complète de l'action de tous les centres de spécialités — dit Grasset — est uniquement basée sur l'inconvénient qu'il y a à ce que le sujet connaisse la proposition faite par les spécialistes compétents; alors que la même circulaire trouve, sans grand effort, le remède facile à cet inconvénient, quand elle exige, dans les cas exceptionnels visés plus haut, que l'avis soit fourni « sous pli cacheté ».

Les Commissions de réforme, nous objecte-t-on, sont de par la loi investies de tout pouvoir à cet égard. Mais les lois ne sont pas immuables et ce n'est pas être très révolutionnaire, en présence des événements actuels qui ont bouleversé tant de choses, que de réclamer d'urgence l'abrogation de mesures désuètes, qui avaient peut-être leur raison d'être du temps de paix, mais qui ne répondent plus aux besoins du temps de guerre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE[1]

A

ABADIE. — La Neuro-Psychiatrie d'urgence aux armées. Réunion médico-chirurgicale de la Ve armée, 16 octobre 1915.

ANTONINI (G.). — Les formes mentales présentées par les militaires aliénés retour du front. *Pensiero medico*, n° 50, 12 décembre 1915.

ARINSTEIN. — Hystérie, troubles commotionnels organiques. *Nouvelles de Médecine*, nos 9, 10, 1915.

— La Guerre et les Névroses. *Les Nouvelles en médecine russe*, nos 9, 10, 1915.

AUDIBERT (Victor). — La simulation dans l'armée. *Paris Médical*, p. 103-106, 22 janvier 1916.

B

BABINSKI et FROMENT. — Les modifications des réflexes tendineux pendant le sommeil chloroformique et leur valeur en sémiologie. *Académie de Médecine*, 19 octobre 1915.

— — Sur une forme de contracture organique d'origine périphérique et sans exagération des réflexes. *Société Neurologique*, 4 novembre 1915.

— — Paralysie et hypotonie réflexes avec surexcitabilité mécanique, voltaïque et faradique des muscles. *Académie de Médecine*, 11 janvier 1916.

— — Contractures et paralysies traumatiques d'ordre réflexe. *Presse Médicale*, n° 11, 24 février 1916.

— — Troubles nerveux d'ordre réflexe ou syndrome d'immobilisation. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 914.

— — Abolition du réflexe cutané plantaire, anesthésie associées à des troubles vaso-moteurs et à de l'hypothermie d'ordre réflexe. *Revue Neurologique*, n° 6, p. 918.

1. Les indications bibliographiques qui figurent ici sont limitées aux travaux parus depuis la guerre. Consulter aussi : Résumé des Travaux des Centres neurologiques militaires, in *Revue Neurologique*, nov.-déc. 1915 et nov.-déc. 1916.

Babinski et Froment. — Contribution à l'étude des troubles nerveux d'ordre réflexe. Examen pendant l'anesthésie chloroformique. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 925.

Babinski, Froment et Heitz. — Des troubles vaso-moteurs et thermiques dans les paralysies et les contractures d'ordre réflexe. *Annales de Médecine*, n° 5, septembre-octobre 1916.

Baldi (Felice). — Le subconscient dans la genèse des phénomènes traumato-névrosiques. Contribution à la connaissance de la névrose traumatique. *Annali di Neurologia*, an XXXII, fasc. 4, p. 147-178, 1914.

Ballet (Gilbert). — Œdème blanc associé aux contractures d'origine psychique, *Revue Neurologique*, août-septembre 1915.

— Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. *Revue Neurologique*, novembre-décembre 1915.

— Bourdonnements et sifflements d'oreille dus à un trouble de représentation mentale. *Revue Neurologique*, 1915, p. 707.

— Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. Le tremblement envisagé en tant qu'expression mimique de la frayeur. *Revue Neurologique*, 1916, n° 6, p. 934.

Ballet et Rogues de Fursac. — Les psychoses commotionnelles. *Paris Médical*, n° 1, 1er janvier 1916.

Barat (L). — Une fugue confusionnelle en temps de guerre. *Journal de Psychologie*, novembre-décembre 1914.

Baumel (J.). — La ponction lombaire dans les commotions nerveuses et les traumatismes du crâne par projectiles de guerre (d'après 56 observations). *Lyon Chirurgical*, t. XII, n° 3, 1er septembre 1915, p. 271-292.

Bechterew (W. M.). — Guerre et Psychoses. *Les Nouvelles médicales*, nos 7, 8, 1915.

Benon. — Au sujet des névroses traumatiques, Réunion de la IIe armée 17 juillet 1915.

— Les maladies mentales et nerveuses de la guerre. *Revue Neurologique*, février 1916, n° 2, p. 210.

Bickel. — Pathogénie des troubles psychiques survenant pendant la guerre. *Neurol. Cent.*, 1915, n° 4.

Boisseau (J). — Quelques exemples de différents modes de suggestion déterminant des accidents hystériques. Réunion médico-chirurgicale, de la Xe armée [secteur sud], 10 décembre 1915.

Bonhöffer. — Les soi-disantes paralysies par actions à distance des explosifs. *Neurol. Cent.*, n° 2.

Bonola (Francesco). — Contribution à l'étude des psychonévroses de guerre. Note sur un cas de surdi-mutité d'origine psychique. *Giornale di Medicina militare*, novembre 1915.

Briand (Marcel) et Philipp (Jean). — L'audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle. *Progrès médical*, 5 sept. 1916.

C

Castex (André). — Surdités de guerre. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. LXXIV, n° 46, 16 novembre 1915, p. 547.

Chavigny. — Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris Médical*, 17 juillet 1915.



CHAVIGNY. — Psychiatrie des armées. *Paris médical*, 23 octobre 1915.
— Les maladies méconnues. Anesthésies et analgésies hystériques. *Paris Médical*, 28 février 1916.
CHARRON (R.). — Psycho-pathologie de guerre. *Progrès Médical*, juin 1915.
CLAUDE (H.). — De l'évolution des incapacités dans les attitudes vicieuses sans rapport avec des lésions organiques appréciables. *Paris Médical*, octobre 1916.
CLAUDE (H.) et LHERMITTE (J.). — Le tétanos fruste à évolution lente et à incubation prolongée. Étude des réactions électriques. *Presse Médicale*, 14 octobre 1915.
— — Etude clinique et anatomique de la commotion directe de la moelle épinière. *Annales de Médecine*, novembre 1915.
CLAUDE et PORAK (H.). — Les troubles de la motilité dans les psychonévroses de type hystérique. Études ergographiques. *Société de Biologie*, 20 novembre 1915 et Encéphale, 1916.
CROUZON (O.). — Cécité temporaire provoquée par l'éclatement d'obus à proximité. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 janvier 1915. R. N. 1914-1915, II, p. 374.
— Les pseudo-maux de Pott au conseil de revision. La spondylite traumatique. *Société médicale des Hôpitaux*, 12 février 1915.

D

DEJERINE (J.). — Deux cas de paralysie fonctionnelle d'origine émotive observés chez les militaires. *Société de Neurologie*, 18 février 1915.
— Sur l'abolition du réflexe cutané plantaire dans certains cas de paralysies fonctionnelles, accompagnées d'anesthésie (Hystéro-traumatisme). *Société Neurologique*, n° 19, 4 février 1915, p. 521.
DEJERINE et GASKUEL. — Tachycardie d'origine émotive permanente. *Société de Neurologie*, 3 décembre 1914.
DEJERINE et GAUCKLER. — Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. *Presse Médicale*, n° 64, 30 décembre 1915, p. 521.
DUCOSTÉ. — Les contractures dans les lésions nerveuses périphériques. *Société de Biologie* (comptes rendus), n° 14, 1915, p. 435.
DUPOUY (R.). — Note sur les commotions cérébro-médullaires par l'explosion d'obus sans blessure extérieure. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 octobre 1915.
— Commotion cérébro-médullaire par éclatement rapproché. Réunion médico-chirurgicale de la Ve armée, 11 décembre 1915.
DUPRÉ et RIST. — Hémiplégie hystérique chez un cuirassier. *Revue Neurologique*, 1915, p. 200.
DUVERNAY. — Contractures post-traumatiques en chirurgie. *Paris Médical*, n° 24-25, 1915, p. 429.

F

FEILING (Anthony). — Perte de la personnalité après shock nerveux causé par l'explosion d'un obus. *The Lancet*, 10 juillet 1915, p. 63.
FELZMANN. — Contribution à la connaissance des psychoses de guerre. *Journal de Neuropathologie et de Psychiatrie* du nom de S. S. Korsakoff, n° 4, 1915.

FORSYTH (David). — Les troubles nerveux fonctionnels et le shock causé par la bataille (Étude sur les névroses dites traumatiques apparaissant en connexion avec la guerre). *The Lancet*, 25 décembre 1915, p. 1399.

FRIEDLÄNDER. — *Maladies nerveuses et psychiques en campagne et à l'hôpital. Wiesbaden*, 1914.

G

GAILLARD. — Tachypnée hystérique chez un militaire. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 décembre 1915.

GARBÒ. — A propos du choc gazeux causé par l'explosion des obus. *Wien. Klin. Woch.*, n° 4, 1915.

GHERVER. — Troubles psychiques au théâtre de la guerre. *Médecine Russe*, n° 34-36, 1915.

GIANNULI (F.). — Le syndrome de Korsakoff et la commotion cérébrale. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XL, fasc. 2, 30 juin 1914, p. 396-429.

GRASSET. — Les psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1er avril 1915.

— Le traitement des psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 28 octobre 1915.

GRIVOT. — Appareil auditif et traumatismes de guerre. *Paris Médical*, 1915, p. 363.

GRUTZHAENDLER-INDELSON. — Troubles sensitivo-moteurs hystéro-traumatiques observés à l'occasion de la guerre 1914-1915. *Thèse de Paris, 1915.*

GINESTOUS. — Blépharospasme tonique hystéro-traumatique. *Gazette médicale de Paris*, 25 août 1915, p. 61.

GUILLAIN (Georges). — Les crises épileptiques consécutives à l'explosion des projectiles sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 3 mai 1915.

— Un cas de contracture généralisée avec symptômes méningés, consécutive à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 3 mai 1915.

— Sur un cas de mutisme consécutif à l'éclatement d'un projectile. Réunion médicale de la VIe armée, 3 mai 1915.

— Un cas de tremblement pseudo-parkinsonien consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 3 mai 1915.

— Sur un état de stupeur avec catatonie, hypothermie, bradycardie et hypopnée consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 17 mai 1915.

— Sur un syndrome choréiforme consécutif à l'éclatement d'un projectile sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 17 mai 1915.

— Le syndrome cérébelleux à type de sclérose en plaques consécutif à l'éclatement des projectiles sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 17 mai 1915.

— Les syndromes paralytiques consécutifs à l'éclatement des projectiles sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 17 mai 1915.

GUILLAIN et BARRÉ (A.). — A propos d'un cas d'astasie-abasie trépidante. Réunion médicale de la VIe armée, 12 janvier 1916.

H

HAURY. — Les retentissements psycho-organiques de la vie de guerre. *Presse Médicale*, 18 novembre 1915.

HERTZ (Arthur). — Parésies et mouvements involontaires consécutifs à la commotion produite par l'éclatement d'un gros obus. *Proceedings of the royal Society of medicine*, neurological section, 13 mai 1915, p. 83; *Revue Neurologique*, 1914-1915, II, p. 1085.

J

JEANSELME et HUET. — Syndrome jacksonnien de nature hystéro-traumatique. *Revue Neurologique*, 1915, p. 723.

JUMENTIÉ. — Contraction neuro-musculaire et réflexes tendineux dans certains états d'impotence dits fonctionnels et à caractères psychonévrosiques. Étude par la méthode graphique. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 960.

JOUBERT (Camille). — Note sur un cas de paraplégie organique consécutive à la déflagration d'un obus de gros calibre sans plaie extérieure. *Paris Médical*, an V, n°s 24-25, 23 octobre 1915, p. 444.

K

KARPLUS. — Sur les affections consécutives à l'explosion des obus. *Wiener Klin. Wochensch.*, 1915, n° 6. *Revue Neurologique*, 1914-1915, II, p. 376.

L

LANNOIS et CHAVANNE (F.). — Le pronostic des surdités de guerre (d'après 1 000 cas). *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. LXXIV, n° 51, 21 décembre 1915, p. 781-786.

LEBAR. — Sur l'œdème hystérique. *Société médicale des Hôpitaux*, 30 juillet 1915.

LEGUEU (F.). — De l'incontinence d'urine et des psychoses vésicales chez les combattants. *Académie de Médecine*, 9 mars 1915.

LENTZ. — La guerre et les stigmates hystériques. *Gazette psychiatrique*, n° 10, 1915.

LÉPINE (J.). — Commotion des centres nerveux par explosion. *Académie de Médecine*, 4 juillet 1916.

LÉRI. — Sur les pseudo-commotions ou contusions médullaires d'origine fonctionnelle, *Revue Neurologique*, n°s 17-18, 1915.

— Les commotions des centres nerveux par éclatement d'obus. *Revue générale de Pathologie de Guerre*, Vigot, éditeur, 1916.

LÉRI et ROGER. — Sur la pathogénie de certains œdèmes soi-disant traumatiques. *Revue Neurologique*, septembre 1915.

— Sur quelques variétés de contractures post-traumatiques et sur leur traitement. *Paris Médical*, 1er janvier 1916.

Leriche (R.). — Des lésions cérébrales et médullaires produites par l'explosion à faible distance des obus de gros calibre. *Lyon Chirurgical*, t. XII, n° 3, 1er septembre 1915, p. 343-349.

Lermoyez. — Les surdités de guerre. *Presse Médicale*, 25 février 1915.

Lévi-Valensi. — Notes sur quelques faits cliniques. Paralysie radiale hystérique. *Presse Médicale*, 27 mai 1915.

Lombard et Baldenweck. — Traitement de quelques cas de mutité hystéro-traumatique par le procédé de la suppression de contrôle auditif de la voix (méthode de Lombard). *Presse Médicale*, 2 septembre 1915.

Lortat-Jacob. — Le syndrome des éboulés. *Revue Neurologique*, novembre-décembre 1915, nos 23-24, p. 1173.

Lortat-Jacob et Buvat (J.-B.). — Sur un procédé de guérison des sourds-muets par commotion. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, au XXXII, 11 février 1916, p. 169-176.

M

Mairet, Piéron et Bouzansky (M.). — De l'existence d'un syndrôme commotionnel dans les traumatismes de guerre. *Académie de Médecine*, 7 juin, 15 juin et 22 juin 1915.

Mallet (R.). — A propos de quelques psychopathies. Réunion médicale de la Xe armée, 25 août 1915.

— Troubles psychiques et hallucinations chez le combattant. Réunion médicale de la IVe armée, 3 décembre 1915.

— Troubles d'origine émotive chez le combattant. Réunion médicale de la IVe armée, 28 janvier 1916.

Marage. — Les sourds-muets de guerre, *Académie des Sciences*, 25 avril 1915.

Marie (P.) et Athanassio-Benisty (Mme). — Troubles fonctionnels consécutifs à des blessures de guerre. *Société de Neurologie*, février 1915.

Marie (Pierre) et Foix. — Influence du froid et des troubles vasomoteurs sur les réactions électriques. *Revue Neurologique*, n° 6, p. 921.

— — Sur une forme spéciale de parésie paratonique des muscles moteurs de la main. *Société médicale des Hôpitaux*, 10 février 1916.

Martinet (Alfred). — Guerre et névroses cardiaques. *Presse Médicale*, n° 53, 4 novembre 1915, p. 433.

Mauclaire. — Troubles moteurs d'origine psychologique chez les blessés militaires. *Société de Chirurgie*, 2 décembre 1914.

Medea (E.). — Maladies nerveuses et maladies mentales dans leurs rapports avec la guerre. *L'Ospedale Maggiore*, juin 1915.

Meige (Henry). — Les tremblements consécutifs aux explosions [tremblement, tressaillement, trémophobie]. *Revue Neurologique*, février 1916, n° 2, p. 201.

— De certaines boiteries observées chez les blessés. Remarques morphologiques et physiologiques. *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 939.

Meige (H.), Benisty (Mme) et Lévy (Mlle). — Impotence de tous les mouvements de la main et des doigts avec intégrité des réactions électriques (main figée). *Revue Neurologique*, n° 6, p. 1273.

Mendel (K.). — Psychiatrie et Neurologie en campagne. *Neurolog. Cent.*, 1915.

MEYER. — Psychoses et névroses dans l'armée pendant la guerre *Deutsch. Medin. Woch.* n° 51, 1914.

MICHON. — Impotence fonctionnelle du trapèze par plaie par balle de la région sus-claviculaire. *Société de Chirurgie*, 16 mars 1915.

MILIAN. — L'hypnose des batailles. *Médecine internationale*, n° 24, 1915.

MORESTIN. — Un cas de mutisme hystérique à l'occasion d'une blessure de la langue. *Société de Chirurgie*, 19 janvier 1915.

MOUTIER (François). — Recherches sur les troubles labyrinthiques chez les commotionnés et blessés du crâne. *Revue Neurologique*, n° 7, juillet 1916, p. 9.

MYERS (Charles I.). — Contributions to the Study of shell shock. *The Lancet*, 18 mars 1916.

O

OPPENHEIM (H.). — Neurologie de guerre. *Berlin. Klin. Woch.*, 1914, n° 45.

O'MALLEY (J.-F.). — Aphonie fonctionnelle. *Proc. Roy. Soc. med.* t. VIII. Section Larynx, juin 1915, p. 116.

P

PANSKY. — Contribution à l'étude de la psychonévrose consécutive à la contusion et aux incidents des combats. *Nouvelles médicales de Minsk*, n° 3, 1915.

— Contribution à la connaissance des névroses de contusion compliquées par des lésions organiques du système nerveux. *Gazette médicale russe*, n° 9, 1915.

PARIS. — Aliénation mentale et état de guerre, leurs rapports. *Société de médecine de Nancy*, 21 juillet 1915.

PARSONS (S. Herbert). — La psychologie de l'amblyopie traumatique consécutive à l'explosion d'obus. *Proceedings Royal Medicine*, t. VIII, avril 1915, p. 55 et *Lancet*, 3 avril 1915, p. 697.

PAULIAN. — Hémiparaplégie fonctionnelle gauche avec troubles de la sensibilité et abolition du réflexe cutané plantaire. *Société de Neurologie*, février 1915.

PENHALLOW (Pearce). — Mutisme et surdité dus au choc émotionnel et guéris par l'éthérisation. *Boston medical and surgical Journal*, 27 janvier 1916, p. 131.

PROCTER (A.-P.). — Trois cas d'aphonie fonctionnelle traumatique. Traitement par l'anesthésie générale. *The Lancet*, p. 977, 30 octobre 1915.

R

RAUJARD. — Symptômes et diagnostic des surdités par obusite. *Paris médical*, sept. 1916.

RAVAUT (Paul). — Les hémorragies internes produites par le choc vibratoire de l'explosif. *Presse Médicale*, 8 avril 1915.

— Étude sur quelques manifestations nerveuses déterminées par le « Vent de l'Explosif ». *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 juin 1915, p. 177.

Ravaut (Paul). — Les blessures indirectes du système nerveux déterminées par le vent de l'explosif. *Presse Médicale*, 1915, 25 août.

Raynaud. — Contracture hystérique du membre supérieur droit avec œdème. Réunion médicale de la VI[e] année, 4 août 1915.

Régis. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre. *Presse Médicale*, n° 23, 27 mai 1915.

Régis et Hesnard. — Un cas d'aphonie hystérique d'origine émotive. Le rôle pathogène des émotions oniriques. *Journal de Psychologie*, mai-juin, 1913.

Renaux (J.). — États confusionnels consécutifs aux commotions des batailles. *Thèse de Paris, 1915.*

Rochtein (I. D.). — Contribution à l'étude des soi-disant contusions de guerre et de leur traitement. *Médecin russe pratique*, n° 24, 1915.

Roussy (Gustave). — A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. Hystérie, hystéro-traumatisme, simulation. *Presse Médicale*, n° 15, 1915.

— Troubles nerveux psychiques de guerre. *Presse Médicale*, 29 avril 1915.

— Accidents nerveux produits à distance par éclatement d'obus. *Revue Neurologique*, mars 1915.

— Surdi-mutité par éclatement d'obus chez 3 zouaves compagnons d'armes. *Revue Neurologique*, n° 17-18, p. 394.

Roussy et Boisseau. — Fausse commotion cérébrale. Bégaiement hystérique. Réunion médico-chirurgicale de la X[e] armée (secteur sud), 25 août 1915.

— « Les sinistroses de Guerre ». Accidents nerveux par éclatement d'obus à distance. Réunion médico-chirurgicale de la X[e] armée, 10 octobre 1915.

— — Un centre de neurologie et de psychiatrie d'armée. *Paris Médical*, an VI, n° 1, p. 14-20, 1[er] janvier 1916.

Roux (Joanny). — Les névroses post-traumatiques in *Actualités médicales*, 1913.

S

Sébileau. — Monoplégie du membre inférieur conséquence d'un coup de feu sans blessure apparente de l'appareil d'innervation. *Société de Chirurgie de Paris*, 4 novembre 1914.

Segaloff (T.-E.). — Contribution à l'étude des lésions organiques et fonctionnelles dans les contusions par éclatements d'obus. *Psychiatrie contemporaine russe*, juin-juillet 1915; *Revue Neurologique*, 1914-1915, II, p. 1081-1082.

Ségalow (T.-E.) [de Moscou]. — Contribution à la connaissance de la nature des contusions par les obus actuels. *Psychiatrie contemporaine russe*, n° 3, 1915.

Sicard (J.-A.). — Spondylites par obusite ou vent d'obus. Attitudes vertébrales antalgiques. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n[os] 24-25, 3 juillet 1915.

— Simulateurs de création et simulateurs de fixation. Simulateurs sourds-muets. *Paris Médical*, 23 octobre 1915.

SOLLIER (P.). — Impotence fonctionnelle d'origine nerveuse chez les blessés de guerre. *Académie de Médecine*, 14 décembre 1914.

— Statistique des cas de névrose dus à la guerre. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 8 juin 1915, p. 682.

— Persistance des troubles fonctionnels durant le sommeil. *Revue Neurologique*, novembre 1915, p. 1240.

— Du diagnostic de l'exagération et de la persévérance des troubles nerveux fonctionnels. *Presse Médicale*, n° 62, 16 décembre 1915.

— Sur l'abolition du réflexe cutané plantaire dans les paralysies ou contractures fonctionnelles, *Revue Neurologique*, n° 6, 1916, p. 1280.

— Trois cas d'hémiplégie hystérique consécutive à des lésions cranio-cérébrales. *Lyon Médical*, 1915, p. 334.

SOLLIER et CHARTIER. — La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris Médical*, n°s 24-25, 1915, p. 400.

SOUKHANOFF (S. A.). — Des psychonévroses traumatiques de guerre. Assemblée scientifique des médecins de l'hôpital de Notre-Dame-des-Affligés pour les aliénés et de l'asile Novoznamenskaïa, à Pétrograd, 15 avril 1915.

— Symptômes nerveux accompagnant l'abasourdissement par l'explosion des obus. *Gazette médicale russe*, 1915, n° 36.

— Psychopathies de guerre. Assemblée scientifique de l'hôpital de Notre-Dame-des-Affligés et de l'asile psychiatrique Novoznamenskaïa, 5 août 1915.

SOULSHOW (H.). — Sur la névrose traumatique avec lésion du labyrinthe. *Gazette médicale russe*, n° 35, 1915.

SOUQUES (A.). — Monoplégies hystéro-traumatiques chez les soldats. *Société de Neurologie*, février 1915.

— Contractures ou pseudo-contractures hystéro-traumatiques. *Société de Neurologie*, février 1916.

SOUQUES et ROSANOFF-SALOFF (Mme). — La camptocormie. *Revue Neurologique*, 1915.

SOUQUES, MÉGEVAND (J.) et DONNET (V.). — Importance de l'analyse précoce du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des syndromes cérébro-médullaires dus au « vent de l'explosif ». *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, an XXXI, n°s 31-32, 29 octobre 1915, p. 917.

SPILLMANN. — Psychoses et psychonévroses de guerre. *Société de Médecine de Nancy*, 28 juillet 1915.

T

TILLEY (Herbert). — Deux cas d'aphonie fonctionnelle avec, dans un cas, surdité fonctionnelle à la suite de l'éclatement d'un obus à proximité du malade. *Proc. Roy. Soc. Med.*, t. VIII, section larynx, juin 1915, p. 115.

V

VINCENT (Cl.). — Note sur le traitement de certains troubles fonctionnels. *Revue Neurologique*, juillet 1916, n° 7, p. 102.

VINCENT (Cl.), — Au sujet de l'hystérie et de la simulation. *Revue Neurologique*, juillet 1916, n° 7, p. 104.

— La rééducation intensive des hystériques invétérés. *Bull. et Mém. Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 juillet 1916.

W

WYRONBOW. — Psychonévrose de contusion, Moscou, 1915.

WALTHER. — Traumatisme de la région scapulaire. Décollement de l'omoplate. Paralysie totale du membre supérieur d'origine psychique. *Société de Chirurgie*, décembre 1914.

WEYGAND. — Thérapeutique des névroses et des psychonévroses en campagne. *Médiz. Klinik.*, n° 39, 1914.

TABLE DES MATIÈRES

MASSON ET C[IE], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



Viennent de paraître :

J. TINEL

Ancien chef de Clinique et de Laboratoire de la Salpêtrière,
Chef du Centre Neurologique de la IV[e] Région.

Les Blessures des Nerfs

Sémiologie des Lésions nerveuses
périphériques par Blessures de Guerre

Avec Préface du Professeur J. DEJERINE

1 *vol. gr. in-8, de* 320 *p. avec environ* 350 *fig. originales*. **12 fr, 50**

F. BARJON

Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Radiodiagnostic des Affections Pleuro-pulmonaires

1 *vol. gr. in-8 de* 192 *pages avec figures dans le texte et* 26 *planches hors texte*. . . . . 6 fr.

Pr. n° 808

La Pratique Neurologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE PIERRE MARIE
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière

PAR MM.

O. CROUZON, G. DELAMARE, E. DESNOS, G. GUILLAIN, E. HUET, LANNOIS, A. LÉRI, F. MOUTIER, POULARD, ROUSSY

1 *vol. gr. in-8, de* 1408 *pages, avec* 302 *fig. Relié toile* . . . . **30** fr.

J. DEJERINE

Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de Médecine

Sémiologie des Affections du Système nerveux

1 *fort vol. grand in-8 de* 1212 *pages, avec* 560 *figures en noir et en couleurs et* 3 *planches hors texte en couleurs. Relié toile* . . . **40** fr.
Relié en 2 *volumes* . . . . **44** fr.

Ce livre est le plus complet des ouvrages écrits en français sur la sémiologie nerveuse. Illustré d'un nombre considérable de photographies, de figures anatomiques en noir et en couleurs, il forme un véritable *« musée anatomique et clinique »*, riche des matériaux amassés par l'auteur et éclairés de sa vaste expérience personnelle.

J. DEJERINE et E. GAUCKLER

Les Manifestations Fonctionnelles des Psycho-Névroses

Leur Traitement par la Psychothérapie

1 *vol. grand in-8 de* 561 *pages, avec* 1 *planche hors texte* . . . **8** fr.

Viennent de paraître :

Dr *Francis* HECKEL

La Névrose d'Angoisse
et les
États d'émotivité anxieuse

CLINIQUE — PATHOGÉNIE — TRAITEMENT

1 *vol. gr. in-8 de* 535 *pages* . . . . 9 fr.

L'originalité de ce livre est qu'il rattache aux données générales de la Pathologie un état clinique original qui n'avait guère été étudié avant ces dernières années. Les études antérieures de l'auteur sur les maladies de la nutrition lui ont permis d'envisager à ce point de vue cette étude clinique et donnent à son livre un vif intérêt pratique en même temps qu'elles apportent une contribution nouvelle à la science psychiatrique.

Drs DEVAUX et LOGRE

Les Anxieux

ÉTUDE CLINIQUE

Avec Préface du Dr DUPRÉ

1 *vol. in-8 de* 256 *pages* . . . . 4 fr. 50

Cette étude définit et décrit un état original de pathologie mentale, que les observations des services neuro-psychologiques d'armée viennent d'enrichir d'une expérience nouvelle. L'*Anxieux* ne doit être confondu ni avec le neurasthénique ni avec le mélancolique ou l'obsédé : il ne fallait pas moins que les travaux sans nombre des neurologistes et des psychiatres pour dégager nettement cette conception.

Vient de paraître :

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 *vol. in-8 écu de* 828 *pages, avec* 580 *figures dans le texte* . . **10** fr.

Viennent de paraître :

Schémas d'Observations Cliniques Médicales et Chirurgicales. — Par J. DEJERINE

Sept fiches anatomiques 31×36

La fiche. **0** fr. **10** | 50 fiches assorties. **4** fr. **50** | 100 fiches. **8** fr.

Schéma pour la Localisation des Lésions du Plexus Brachial. — Par Henry MEIGE

1 *fiche format* 24×33

La douzaine . . . . **1** fr.

Schéma pour la Localisation des Lésions crâniennes

Par Prof. Pierre MARIE, FOIX et BERTRAND

1 *fiche tirée sur papier calque, format* 26×21

La douzaine . . . . **1** fr.

COLLECTION DE
PRÉCIS MÉDICAUX
(VOLUMES IN-8, CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE)

(**Revision de 1914**)

Précis de Pathologie chirurgicale

4 volumes in-8 écu reliés toile souple, comprenant ensemble plus de 4200 pages avec plus de 1500 figures dans le texte.

Viennent de paraître :

TOME I. — Pathologie chirurgicale générale
Maladies générales des Tissus, Crâne et Rachis

PAR MM.
E. JEANBRAU, P. LECÈNE, R. PROUST, L. TIXIER
Professeurs aux Facultés de Paris, de Montpellier et de Lyon.
2e *édition* (*revision* 1914), 1110 *pages*, 385 *figures*. . . . . . . **10 fr.**

TOME II. — Tête, Cou, Thorax

PAR MM.
H. BOURGEOIS
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.
CH. LENORMANT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
2e *édition* (*revision* 1914), 1068 *pages*, 320 *figures* . . . . . . **10 fr.**

TOME III. — Glandes mammaires, Abdomen
Appareil génital de l'homme

PAR MM.
P. DUVAL, GOSSET, LECÈNE, LENORMANT, E. JEANBRAU
Professeurs agrégés aux Facultés de Paris et de Montpellier.
2e *édition* (*revision* 1914), 881 *pages*, 352 *figures*. . . . . . . **10 fr.**

Paraîtra prochainement :

TOME IV. — Organes génito-urinaires,
Affections des Membres

PAR MM.
P. BÉGOUIN, E. JEANBRAU, R. PROUST, L. TIXIER
Professeurs aux Facultés de Bordeaux, de Montpellier, Lyon et Paris.
2e *édition* (*revision 1914*), 1200 *pages*, 429 *figures* . . . . . . **10 fr.**

Aug. BROCA
Professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Médecine de Paris.

Vient de paraître :

Précis de Médecine Opératoire

1 *volume in-8 de la COLLECTION DES PRÉCIS MÉDICAUX*, **avec 510 figures dans le texte** . . . . 9 fr.

Ce précis est un guide pour les étudiants qui préparent l'épreuve pratique de médecine opératoire. Il comporte 510 figures : les dessins anatomiques sont presque tous de Farabeuf, et reproduisent les superbes planches murales qui servaient à son enseignement. Quant à la technique opératoire, elle est documentée par des dessins exécutés d'après la collection de photographies formée par l'auteur. Une heureuse disposition typographique a placé le texte dans le voisinage immédiat de l'illustration qui s'y rapporte.

P. POIRIER
Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine.

Amédée BAUMGARTNER
Ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux.

Dissection

3[e] *édition*, 360 *pages*, 241 *figures* . . . . 8 fr.

H. ROUVIÈRE
Chef des travaux anatomiques et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Anatomie et Dissection

Tome I. — **Tête, Cou, Membre supérieur**

431 *pages*, 197 *figures, presque toutes en couleurs*. . . . . . **12** fr.

Tome II (*et dernier*). — **Thorax, Abdomen, Bassin Membre inférieur**

478 *pages*, 259 *figures*. . . . . **12** fr.

G.-H. ROGER
Professeur à la Faculté de Paris.

Introduction à l'Etude de la Médecine

5e édit., 795 p. avec un Index explicatif des termes les plus usités. **10 fr.**

J. COURMONT
Professeur à la Faculté de Lyon.

AVEC LA COLLABORATION DE
Ch. LESIEUR et A. ROCHAIX

Hygiène

810 *pages*, 227 *figures en noir et en couleurs* . . . . **12 fr.**

Ét. MARTIN
Professeur à la Faculté de Lyon.

Déontologie et Médecine professionnelle

Un volume de 316 *pages* . . . . **5 fr.**

G. WEISS
Professeur à la Faculté de Paris.

Physique biologique

3e édition, 566 *pages*, 575 *figures* . . . . **7 fr.**

M. LETULLE
Professeur à la Faculté de Paris.

L. NATTAN-LARRIER
Ancien chef de Laboratoire à la Faculté.

Anatomie Pathologique

Tome I. — *Histologie générale. App. circulatoire, respiratoire.*
940 *pages*, 248 *figures originales* . . . . **16 fr.**
Tome II (et dernier). — *En préparation.*

Maurice ARTHUS
Professeur à l'Université de Lausanne.

Physiologie

4e édition, 930 *pages*, 320 *figures* . . . . **12 fr.**

M. ARTHUS

Chimie physiologique

7e édition, 430 *pages*, 130 *figures*, 5 *planches en couleurs* . . . **7 fr.**

E. BRUMPT
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Parasitologie

2e édition, 1011 *pages*, 698 *figures et 4 planches en couleurs.* **14 fr.**

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
PRÉCIS MÉDICAUX

M. LANGERON
Préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.
Microscopie
2e édition, 820 pages, 292 figures . . . . **12 fr.**

A. RICHAUD
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Thérapeutique et Pharmacologie
3e édition, 1000 pages . . . . **12 fr.**

P. SPILLMANN Professeur. **P. HAUSHALTER** Professeur. **L. SPILLMANN** Agrégé à la Faculté de Nancy
Diagnostic médical
2e édition, 569 pages, 180 figures . . . . **8 fr.**

P. NOBÉCOURT
Agrégé à la Faculté de Paris.
Médecine infantile
2e édition, 932 pages, 136 figures, 2 planches . . . . **14 fr.**

KIRMISSON
Professeur à la Faculté de Paris.
Chirurgie infantile
2e édition, 796 pages, 475 figures . . . . **12 fr.**

LACASSAGNE
Professeur à l'Université de Lyon.
Médecine légale
2e édition, 865 pages, 112 figures et 2 planches . . . . **10 fr.**

V. MORAX
Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière.
Ophtalmologie
2e édition, 768 pages, 427 figures . . . . **14 fr.**

E. JEANSELME Professeur agrégé. **E. RIST** Médecin des hôpitaux.
Pathologie exotique
809 pages, 160 figures . . . . **12 fr.**

Nouvelles éditions en préparation :

Dermatologie, par J. Darier. — *Microbiologie clinique*, par F. Bezançon. — *Biochimie*, par E. Lambling. — *Examens de Laboratoire*, par L. Bard.

Vient de paraître :

G. ROUSSY
Professeur agrégé, Chef des Travaux d'Anatomie pathologique à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND
Externe des Hôpitaux de Paris, Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Travaux pratiques d'Anatomie Pathologique

EN QUATORZE SÉANCES

— Préface du Professeur Pierre MARIE —

1 *vol. in-8 de* VI-224 *pages, avec* 106 *planches, relié* . . . . . . **6 fr.**

Ce volume présente sous forme d'atlas, avec texte détaillé en regard des figures, toutes les coupes étudiées dans les séances de travaux pratiques par les étudiants. Ce petit précis sera également utile aux spécialistes à qui il rappellera sous une forme concise les principaux types d'histologie pathologique microscopique.

Gustave ROUSSY
Professeur agrégé, à la Faculté de Paris.

Jean LHERMITTE
Ancien chef de laboratoire à la Faculté

Les Techniques anatomo-pathologiques du Système nerveux

vol. petit in-8, de XVI-255 *pages, avec figures, cartonné toile.* **5 fr.**

H. BULLIARD
Préparateur d'histologie à la Faculté

Ch. CHAMPY
Prof. agrégé à la Faculté de Paris.

Abrégé d'Histologie

Vingt leçons avec notions de technique

Préface du Professeur A. PRENANT

1 *vol. in-8, de* 300 *pages,* 158 *figures et* 4 *planches en couleur, cartonné toile* . . . . **6 fr.**

L. LANDOUZY
Professeur à la Clinique Laënnec,
Doyen de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Institut.

Léon BERNARD
Agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris,
Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Anatomie
et
Physiologie Médicales

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. les Drs Léon BERNARD, GOUGEROT, HALBRON, S. I. DE JONG, LÆDERICH, LORTAT-JACOB, SALOMON, SÉZARY, VITRY

1 *vol. gr. in-8 de 650 pages, avec 336 figures en noir et en couleurs, 6 planches hors texte, relié toile* . . . . **20** fr.

Original dans sa conception et son exécution, cet ouvrage présente sur un plan nouveau un ensemble de connaissances jusqu'ici éparses dans des manuels distincts. — Étude à la fois *morphologique et physiologique* (c'est ce qui fait son originalité), ce volume comporte dans le texte et en planches hors texte de nombreuses figures.

G. DIEULAFOY
Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

Manuel
de
Pathologie Interne

16e édition, 4 vol. in-16 avec fig. en noir et en couleurs, cart. **32** fr.

Ch. BOUCHARD
Professeur honoraire de pathologie générale à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

G.-H. ROGER
Professeur de pathologie expérimental à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nouveau Traité de Pathologie générale

Quatre volumes grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte, reliés toile.

Volumes parus :

TOME I. — 1 *vol. gr. in-8 de* 909 *pages, relié toile* . . . . . . **22 fr.**

COLLABORATEURS DU TOME I : Ch. ACHARD, J. BERGONIÉ, P.-J. CADIOT et H. ROGER, P. COURMONT, M. DUVAL et P. MULON, A. IMBERT, J.-P. LANGLOIS, P. LE GENDRE, F. LEJARS, P. LENOIR, Th. NOGIER, H. ROGER, P. VUILLEMIN.

Matières contenues dans ce volume : *Introduction. — Pathologie comparée de l'homme et des animaux. — Notions de Pathologie végétale. — Étiologie et pathogénie. — Pathogénie générale de l'Embryon; Tératogénie. — L'Hérédité et la Pathologie générale. — Immunités et prédispositions morbides. — De l'Anaphylaxie. — Les Agents mécaniques. — Influence du travail professionnel sur l'organisme. — Les Variations de Pression extérieure. — Actions pathogènes des Agents Physiques. — La lumière. — Les Agents chimiques; Les Caustiques.*

TOME II. — 1 *vol. gr. in-8, de* 1174 *pages,* 204 *fig. Relié toile.* **28 fr.**

COLLABORATEURS DU TOME II : Fernand BEZANÇON, E. BODIN, Jules COURMONT, Jules GUIART, A. ROCHAIX, G.-H. ROGER, Pierre TEISSIER

Matières contenues dans ce volume : *Les Intoxications et les Auto-intoxications. — Parasitisme et Infection : Étiologie générale. — Les Bactéries. — Les Champignons parasites de l'Homme. — Biologie et rôle pathogène des Parasites animaux. — La Maladie Infectieuse; Étude pathogénique.*

L'ouvrage sera complet en 4 volumes. On acceptera des souscriptions jusqu'à l'apparition du tome III, au prix de 105 francs.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Viennent de paraître :

Dr *Alb.* TERSON

Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

Ophtalmologie
du Médecin praticien

1 *vol. in-8 relié,* 480 *pages,* **348 figures** *et* 1 *planche* . . . . **12** fr.

Dr G. LAURENS

Oto-Rhino-Laryngologie
du Médecin praticien

DEUXIÈME ÉDITION

1 *vol. in-8 relié,* 448 *pages,* **393 figures** *dans le texte* . . . . **10** fr.

Ces deux ouvrages ne sont pas des livres de spécialistes. Ils sont écrits pour *tous* les médecins qui, dans la clientèle ou l'hôpital (maladie, accident ou blessure), sont contraints *tôt ou tard* de voir *les premiers*, et *seuls*, un œil, une oreille, un nez, une gorge malades. — Les ouvrages des Drs Terson et Laurens disent au praticien ce qu'il faut observer ou entreprendre et *jusqu'où* l'intervention lui appartient.

Ces deux livres contiennent un très grand nombre de croquis et de schémas (**plus d'une figure par page**). Texte et figures se complètent et se commentent.

A. CHAUFFARD
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Leçons
sur la
Lithiase Biliaire

1 vol. in-8 de 242 pages avec 20 planches hors texte, relié toile. **9 fr.**

F. BEZANÇON
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

S. I. DE JONG
Ancien chef de clinique
à la Faculté de Médecine
de Paris.

Traité
de l'examen des crachats
Etude Histochimique
Cytologique, Bactériologique et Chimique

1 vol. in-8 de 411 pages, avec 8 planches en couleurs. . . . . **10 fr.**

Antoine FLORAND
Médecin
de l'hôpital Lariboisière.

Max FRANÇOIS
Assistant de consultation
à l'hôpital St-Antoine.

Henri FLURIN
Médecin
des Eaux de Cauterets.

Les Bronchites chroniques
Leur traitement

1 vol. in-8 de VIII-351 pages. . . . . **4 fr.**

G.-M. DEBOVE
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Ch. ACHARD
Professeur à la Faculté.

J. CASTAIGNE
Professeur agrégé à la Faculté.

Manuel des Maladies du Foie et des Voies Biliaires

Par J. CASTAIGNE et M. CHIRAY

1 *vol. de* 884 *pages, avec* 300 *figures dans le texte* . . . . . . **20** fr.

Manuel des Maladies du Tube digestif

Tome I : *BOUCHE, PHARYNX, ŒSOPHAGE, ESTOMAC*

par **G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX**

1 *vol. grand in-8, de* 725 *pages, avec figures dans le texte* . . **14** fr.

Tome II : *INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES, PANCRÉAS*

par **M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON, L. BOIDIN** et **F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8, de* 810 *p., avec* 116 *figures dans le texte* . . **14** fr.

Manuel des Maladies de la Nutrition et Intoxications

par **L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, Abel GY, F. RATHERY**

1 *vol. grand in-8,* 1082 *p., avec* 118 *fig. dans le texte* . . . **20** fr.

Vient de paraître :

Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique

NEUVIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 *fort volume gr. in-8 de* XII-1791 *pages, relié toile* . . . . . . **28** fr.

Le *Traité de Clinique Thérapeutique* est un ouvrage classique. La neuvième édition qui se présente aujourd'hui au public a été considérablement remaniée. Parmi les chapitres refondus, signalons ceux qui traitent de : maladies de l'œsophage ; entéro-colites ; dysenteries ; constipation ; ictères ; hémoptysie ; mal de Bright ; albuminuries ; typhoïdes et paratyphoïdes ; syphilis, etc., etc...

Vient de paraître :

G. LYON

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

P. LOISEAU

Ancien préparateur à l'École supérieure de Pharmacie de Paris.

Formulaire Thérapeutique

COMFORME AU CODEX DE 1908

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

L. DELHERM et Paul-Émile LÉVY.

Dixième édition, entièrement revue et augmentée en 1916

1 *volume in-18 sur papier indien* très mince, *relié maroquin*. **9** fr

Cet ouvrage dont la neuvième édition avait paru à la veille de la guerre s'est, malgré et pendant les hostilités, rapidement épuisé. La dixième édition, mise au point par les auteurs, comporte de profondes modifications. Toutes les marques allemandes ont été supprimées ; celles qui désignent les produits devenus classiques ont été signalées et soigneusement accompagnées de leur équivalent français, de manière à guider les médecins dans la rédaction de leurs ordonnances.

M. LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur à la Faculté de Paris, Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Inspection — Palpation Percussion — Auscultation

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

1 *vol. in-16 de 286 pages (116 fig. expliquées et commentés)* . . 4 fr.

Ce livre, d'une formule assez nouvelle, se présente avant tout comme un album des gestes à savoir exécuter par tout élève en médecine, dès ses premiers pas à l'hôpital.

G.-M. DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine.

G. POUCHET

Professeur de Pharmacologie et Matière médicale à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine.

A. SALLARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Aide-Mémoire de Thérapeutique

2e ÉDITION CONFORME AU CODEX DE 1908

1 *vol. in-8 de 912 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile.* . . **18 fr.**

Cet ouvrage réalise sous un volume restreint, un titre modeste et la forme particulièrement commode d'un dictionnaire, la réunion de deux livres également indispensables : le formulaire pharmacologique et la thérapeutique pratique. On y trouve, classés par ordre alphabétique : 1° le *traitement de toutes les affections médicales*; 2° les *agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques*; 3° les *principales stations hydrominérales* et *climatériques*; 4° l'exposé des *connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie*.

BIBLIOTHÈQUE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE
à l'usage des Médecins praticiens

P. LE GENDRE
Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

A. MARTINET
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Thérapeutique Usuelle des Maladies de la Nutrition

1 *vol. in-8 de* 429 *pages* . . . . 5 fr.

Alfred MARTINET

Thérapeutique Usuelle des Maladies de l'Appareil Respiratoire

1 *vol. in-8 de* IV-295 *pages, avec figures, broché* . . . . . . 3 fr. 50

P. LE GENDRE et A. MARTINET

Les Régimes usuels

1 *vol. in-8 de* IV-434 *pages, broché*. . . . . 5 fr.

Régimes : à l'état normal ; systématiques ; dans les maladies. Alimentation artificielle.

Clinique Hydrologique

Par les Drs F. BARADUC, Félix BERNARD, M. E. BINET, J. COTTET, L. FURET, A. PIATOT, G. SERSIRON, A. SIMON, E. TARDIF.

1 *vol. in-8 de* X-636 *pages*. 7 fr.

Pr. n° 808

Alfred MARTINET

Les Médicaments usuels

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REVUE

1 *vol. in-8 de* 609 *pages, avec figures dans le texte* . . . . . . **6** fr.

Alfred MARTINET

Les Aliments usuels

Composition — Préparation

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REVUE

1 *vol. in-8 de* VIII-352 *pages, avec figures* . . . . **4** fr.

Les Agents physiques usuels

(Climatothérapie — Hydrothérapie — Crénothérapie
Thermothérapie — Méthode de Bier — Kinésithérapie
Électrothérapie. — Radiumthérapie.)

Par les Drs A. MARTINET, A. MOUGEOT, P. DESFOSSES, L. DUREY, Ch. DUCROCQUET, L. DELHERM, H. DOMINICI

1 *vol. in-8 de* XVI-633 *pages, avec* 170 *fig. et* 3 *planches hors texte.* **8** fr.

J. BROUSSES

Ex-répétiteur de Pathologie chirurgicale à l'Ecole du service de santé militaire,
Lauréat de l'Académie de Médecine, Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Manuel technique de Massage

QUATRIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 *vol. in-16, de* 455 *pages, avec* 72 *figures dans le texte, cartonné.* **5** fr.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Vient de paraître :

Alfred MARTINET

Eléments de Biométrie

1 vol. grand in-8 de 192 pages, avec 72 figures et nombreux tableaux dans le texte . . . . **4** fr.

Alfred MARTINET

Clinique et Thérapeutique Circulatoires

1 vol. in-8 de 584 pages, avec 222 figures dans le texte . . . . **12** fr.

Alfred MARTINET

Pressions artérielles et Viscosité sanguine

CIRCULATION — NUTRITION — DIURÈSE

1 vol. in-8 de 273 pages, avec 102 figures en noir et en couleurs. **7** fr.

Dr Francis HECKEL

Culture physique et Cures d'exercice

1 vol. in-8 de 624 pages, avec 24 planches . . . . **10** fr.

Ce livre est un exposé pratique des techniques de culture physique et des procédés d'entraînement corporel — qui se complète heureusement par une méthode générale de traitement d'un certain nombre d'affections où la valeur des cures d'exercice est manifeste.

E. FORGUE
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

E. JEANBRAU
Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Guide pratique du Médecin
dans les
Accidents du Travail
LEURS SUITES MÉDICALES ET JUDICIAIRES

TROISIÈME ÉDITION AUGMENTÉE ET MISE AU COURANT DE LA JURISPRUDENCE

Par M. MOURRAL
Conseiller à la Cour de Rouen.

1 vol. in-8 de XXIV-684 *pages, avec figures, cartonné toile* . . . 9 fr.

Cet ouvrage est un livre *pratique*, adapté aux besoins des praticiens, et destiné à répondre à *toutes* les questions que posent les rencontres fortuites de la clientèle. — C'est un ouvrage d'*ensemble* qui traite aussi bien du point de vue médical que de celui de la Jurisprudence.

Traité
des Maladies de l'Enfance

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J. GRANCHER
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

J. COMBY
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades,
Médecin du Dispensaire pour les Enfants
de la Société Philanthropique.

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

5 forts volumes gr. in-8 avec figures dans le texte. . . . . . **112** fr.

Ce Traité considérable, dont le succès a rapidement épuisé la première édition, a été mis au courant des progrès de la pédiatrie. L'autorité, le nombre et l'étendue de ses articles en font un guide complet entre tous, aussi sûr pour l'homme de cabinet que pour le médecin praticien.

Vient de paraître :

Jules COMBY
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Deux cents
Consultations médicales
Pour les Maladies des Enfants

5e édition. 1 vol. in-16, cartonné toile . . . . 3 fr. 50

La 4e édition de ce vade-mecum de poche a été méthodiquement complétée : ce petit livre néglige les curiosités cliniques. Ce qui intéresse le praticien, c'est la maladie commune, banale, et cet aide-mémoire contient, classé par ordre alphabétique, tous les renseignements pratiques nécessaires.

P. NOBÉCOURT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux.

Conférences pratiques
sur l'Alimentation
des Nourrissons

2e édition. 1 vol. in-8 de 373 pages, avec 33 fig. dans le texte. . 5 fr.

A. LESAGE
Médecin des hôpitaux de Paris.

Traité
des Maladies du Nourrisson

1 vol. in-8 de VI-736 pages, avec 68 figures dans le texte. . . . 10 fr.

Le nourrisson a une vie particulière et une pathologie spéciale. Pour les connaître, il faut comprendre le fonctionnement normal et pathologique de son organisme. L'ouvrage du Dr Lesage se place exclusivement à ce point de vue et éclaire, par les données acquises de la physiologie du nourrisson, la thérapeutique de ses maladies.

A. PRENANT
Professeur
à la Faculté de Paris.

P. BOUIN
Professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

L. MAILLARD
Chef des travaux de Chimie biologique à la Faculté de Médecine de Paris

Traité d'Histologie

TOME I. — *CYTOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE*
1 *vol. gr. in-8, de* 977 *p., avec* 791 *fig. dont* 172 *en couleurs.* **Épuisé**

TOME II. — *HISTOLOGIE ET ANATOMIE*
1 *vol. gr. in-8, de* XI-1199 *p., avec* 572 *fig. dont* 31 *en couleurs.* **50** fr.

P.-J. MORAT
Professeur
à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON
Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — **Fonctions élémentaires.** — Prolégomènes. Contraction. — Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures . . . . . . **15** fr.
TOME II. — **Fonctions d'innervation**, avec 263 figures . . **15** fr.
TOME III. — **Fonctions de nutrition.** — Circulation. — Calorification . . . . **12** fr.
TOME IV. — **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration, excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . . . **12** fr.

En préparation :
TOME V ET DERNIER. *Fonctions de relation et de reproduction.*

P. ACHALME
Directeur du Laboratoire colonial du Muséum, Ancien chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Electronique et Biologie

Études sur les actions catalytiques, les actions diastasiques et certaines transformations vitales de l'énergie

1 *volume gr. in-8 de* 728 *pages* . . . . **18** fr.

Cet ouvrage s'adresse aux médecins, aux biologistes et aux chimistes, mais sera lu utilement par les physiciens et les philosophes. Il ne réclame pour être compris du lecteur qu'une culture générale tout à fait élémentaire.

Son but est d'indiquer aux personnes qui s'intéressent à la biologie et à la chimie les applications possibles, à ces deux sciences, des nouvelles données physiques et principalement de la notion de l'électron.

A. LAVERAN
Professeur à l'Institut Pasteur,
Membre de l'Institut
et de l'Académie de Médecine.

F. MESNIL
Professeur
à l'Institut Pasteur.

Trypanosomes et Trypanosomiases

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

1 *vol. gr. in-8 de* VIII-1000 *pages, avec* 198 *figures dans le texte et une planche hors texte en couleurs* . . . . **25** fr.

R. SABOURAUD
Directeur du Laboratoire Municipal à l'Hôpital Saint-Louis.

Maladies du Cuir Chevelu

TOME I. — *Les Maladies Séborrhéiques : Séborrhées, Acnés, Calvitie.*
1 *vol. gr. in-8, avec* 91 *figures en noir et en couleurs* . . . . **10** fr.

TOME II. — *Les Maladies desquamatives : Pityriasis et Alopécies pelliculaires*
1 *vol. gr. in-8, avec* 122 *figures en noir et en couleurs* . . . **22** fr.

TOME III. — *Les Maladies cryptogamiques : Les Teignes*
1 *vol. gr. in-8, de* VI-855 *pages, avec* 433 *fig. et* 28 *planches*.. **30** fr.

La Pratique Dermatologique

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

Ernest BESNIER, L. BROCQ, L. JACQUET

PAR MM.

AUDRY, BALZER, BARBE, BAROZZI, BARTHÉLEMY, BÉNARD, Ernest BESNIER, BODIN, BRAULT, BROCQ, DE BRUN, COURTOIS-SUFFIT, DU CASTEL, CASTEX, DARIER, DEHU, DOMINICI, DUBREUILH, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, LAFFITTE, LENGLET, LEREDDE, MERKLEN, PERRIN, RAYNAUD, RIST, SABOURAUD, SÉE, THIBIERGE, TRÉMOLIÈRES, VEYRIÈRES

4 *volumes reliés, avec figures et* 89 *planches en couleurs*. . . **156** fr.

TOME I : **36** fr. — TOMES II, III, IV, chacun : **40** fr.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

P. POIRIER — A. CHARPY

Traité d'Anatomie Humaine

NOUVELLE ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE PAR

A. CHARPY et A. NICOLAS

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

O. AMOEDO, ARGAUD, A. BRANCA, R. COLLIN, B. CUNÉO, G. DELAMARE, Paul DELBET, DIEULAFÉ, A. DRUAULT, P. FREDET, GLANTENAY, A. GOSSET, M. GUIBÉ, P. JACQUES, Th. JONNESCO, E. LAGUESSE, L. MANOUVRIER, P. NOBÉCOURT, O. PASTEAU, M. PICOU, A. PRENANT, H. RIEFFEL, ROUVIÈRE, Ch. SIMON, A. SOULIÉ, B. de VRIESE, WEBER.

TOME I. — **Introduction. Notions d'embryologie. Ostéologie. Arthrologie,** 825 *figures* (3e *édition*). . . . . **20** fr.

TOME II. — 1er Fasc. : **Myologie. — Embryologie. Histologie. Peauciers et aponévroses,** 351 *figures* (3e *édition*) . . **14** fr.

2e Fasc. : **Angéiologie** (Cœur et Artères), 248 *fig.* (3e *éd.*). **12** fr.

3e Fasc. : **Angéiologie** (Capillaires, Veines), (3e *édition*) (*sous presse*)

4e Fasc. : **Les Lymphatiques,** 126 *figures* (2e *édition*). . . **8** fr.

TOME III. — 1er Fasc. **Système nerveux** (Méninges. Moelle. Encéphale), 265 figures (3e *édition*) . . . . (*sous presse*)

2e Fasc. : **Système nerveux** (Encéphale), 131 *fig.* (2e *éd.*). **10** fr.

3e Fasc. : **Système nerveux** (Nerfs. Nerfs crâniens et rachidiens), 228 *figures* (2e *édition*) . . . . **12** fr.

TOME IV. — 1er Fasc. : **Tube digestif,** 213 *figures* (3e *édit.*). **12** fr.

2e Fasc. : **Appareil respiratoire,** 121 *figures* (2e *édit.*) . . **6** fr.

3e Fasc. : **Annexes du tube digestif. Péritoine.** 462 figures (3e *édition*). . . . . **18** fr.

TOME V. — 1er Fasc. : **Organes génito-urinaires,** 431 *figures* (2e *édition*). . . . . **20** fr.

2e Fasc. : **Organes des sens. Tégument externe et dérivés. Appareil de la vision. Muscles et capsule de Tenon. Sourcils, paupières, conjonctives, appareil lacrymal. Oreille externe, moyenne et interne. Embryologie du nez. Fosses nasales. Organes chromaffines.** 071 *figures* (2e *édition*) **25** fr.

P. POIRIER
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

A. CHARPY
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Toulouse.

B. CUNÉO
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Abrégé d'Anatomie

Tome I. — *Embryologie — Ostéologie — Arthrologie — Myologie.*

Tome II. — *Cœur — Artères — Veines — Lymphatiques — Centres nerveux — Nerfs crâniens — Nerfs rachidiens.*

Tome III. — *Organes des sens — Appareil digestif et annexes — Appareil respiratoire — Capsules surrénales — Appareil urinaire — Appareil génital de l'homme — Appareil génital de la femme — Périnée — Mamelles — Péritoine.*

3 volumes in-8°, formant ensemble 1620 pages, avec 976 figures en noir et en couleurs dans le texte, richement reliés toile, tête rouge. **50** fr.

Avec reliure spéciale, dos maroquin. **55** fr.

Précis de Technique Opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Avec introduction par le Professeur Paul BERGER

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par Victor Veau. 4e *édition.*

Tête et cou, par Ch. Lenormant. 4e *édition.*

Thorax et membre supérieur, par A. Schwartz. 3e *édition.*

Abdomen, par M. Guibé. 3e *édition.*

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par Pierre Duval. 4e *édition.*

Appareil génital de la femme, par R. Proust. 3e *édition.*

Membre inférieur, par Georges Labey. 3e *édition.*

Chaque vol. illustré de nombreuses fig., la plupart originales. **4 fr. 50**

Vient de paraître :

Septième édition

Félix LEJARS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Traité de Chirurgie d'urgence

1 vol. gr. in-8, de 1170 *pages,* 1086 *figures,* 20 *planches, relié en un volume* . . . . **30** fr.

Se vend également en deux volumes reliés. **35** fr.

Cette fois encore le livre a été remis en chantier. Il n'a pas grossi, bien qu'il comporte cinq chapitres nouveaux sur la *dilatation aiguë de l'estomac*, les *interventions d'urgence dans les pancréatites aiguës*, *l'oblitération des vaisseaux mésentériques*, les *sigmoïdites*, les *luxations du bassin*, de multiples additions de technique et 92 figures nouvelles.

Cette nouvelle édition suit pas à pas l'incessante évolution de la pratique chirurgicale et répond à la nécessité, impérieuse pour tout praticien, de « se tenir au courant ».

Th. TUFFIER

Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

P. DESFOSSES

Chirurgien de la Fondation de Gramont d'Aster, Chirurgien adjoint de l'Hôpital Britannique de Paris.

Petite Chirurgie pratique

QUATRIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. gr. in-8 de XII-670 *pages avec* 387 *figures, relié toile.* . **10** fr.

Écrit pour les étudiants, les jeunes praticiens, et, d'une manière générale, toute personne appelée à donner des soins, ce livre, plusieurs fois réédité déjà, contient tout ce qu'il est indispensable de connaître en petite chirurgie. Illustré de figures très nombreuses et très claires, il rendra les plus grands services à tous ceux qui soignent et entourent des malades.

G. MARION
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
(service Civiale).

M. HEITZ-BOYER
Chirurgien des hôpitaux,
Ancien chef de Clinique de l'hôpital
Necker.

Traité pratique de Cystoscopie et de Cathétérisme urétéral

2 vol. gr. in-8, reliure toile. L'ouvrage complet . . . . **50 fr.**

Tome I. — Cystoscopie d'Exploration

AVEC LA COLLABORATION DE

P. GERMAIN

Ancien assistant du service Civiale, Ancien interne de Necker.

1 vol. très gr. in-8 de 197 pages, avec 38 planches en couleurs hors texte et 88 figures dans le texte.

Tome II. — Cathétérisme urétéral, intervention cystoscopique, cystophotographie

1 vol. très gr. in-8 de 194 pages, avec 18 planches en noir et en couleurs et 109 figures dans le texte.

Traité de Gynécologie

Clinique et Opératoire

Par Samuel **POZZI**

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'hôpital Broca.

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

Avec la collaboration de F. JAYLE

2 vol. gr. in-8 formant ensemble 1500 pages, avec 894 figures dans le texte. Reliés toile . . . . **40 fr.**

Léon BÉRARD
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

Paul VIGNARD
Chirurgien de la Charité (Lyon).

L'Appendicite

Etude clinique et critique

1 *vol. gr. in-8 de* XII-876 *pages, avec* 158 *figures dans le texte.* **18 fr.**

L. OMBRÉDANNE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.

Technique Chirurgicale Infantile

Indications opératoires, Opérations courantes

1 *vol. in-8 de* 342 *pages, avec* 210 *figures* . . . . **7 fr.**

Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac et de l'Œsophage

Par MM.

A. MATHIEU
Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

L. SENCERT
Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Th. TUFFIER
Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

AVEC LA COLLABORATION DE :

J. CH.-ROUX
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,

ROUX-BERGER
Prosecteur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

F. MOUTIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

1 *vol. gr. in-8 de* 934 *pages avec* 300 *figures dans le texte.* . . **20 fr.**

Vient de paraître : **Huitième édition entièrement refondue**

A. RIBEMONT-DESSAIGNES
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris, Accoucheur de l'Hôpital Beaujon, Membre de l'Académie de Médecine.

G. LEPAGE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

Traité d'Obstétrique

1 *vol. gr. in-8, de* XIII-1574 *pages, avec* 587 *figures dans le texte, dont* 452 *dessinées par* RIBEMONT-DESSAIGNES. *Relié toile.* **32** fr.

Le même ouvrage relié en deux volumes. . . **35** fr.

C'est en 1893 que parut cet ouvrage dont les éditions se sont succédé avec rapidité. L'édition actuelle a subi de nombreux remaniements nécessités par l'évolution même de la science obstétricale qui s'éclaire et progresse grâce aux découvertes faites dans les autres branches de la médecine.

M. LERMOYEZ
Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris. Chef du Service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine.

Notions pratiques d'Electricité

à l'usage des Médecins, avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes

1 *vol. gr. in-8, de* XIII-863 *p., avec* 426 *fig., élégant cartonnage.* **20** fr.

Ce livre s'adresse aux praticiens : il a été spécialement et exclusivement composé pour leur usage. Jusqu'ici un tel ouvrage n'existait pas.

Le besoin existait d'un livre qui fût autre chose qu'un ouvrage d'électrothérapie, qui éliminât les formules des traités de physique et qui fût plus explicite que les catalogues des fabricants, bref d'un Manuel d'*Électricité Médicale*.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Journal de RADIOLOGIE et d'ÉLECTROLOGIE

REVUE MÉDICALE MENSUELLE

PUBLIÉE PAR

A. AUBOURG, BÉCLÈRE, J. BELOT, L. DELHERM, H. GUILLEMINOT, G. HARET, R. JAUGEAS, A. LAQUERRIERE, R. LEDOUX-LEBARD, A. ZIMMERN

PARIS : **25** fr. — FRANCE : **26** fr. — ÉTRANGER : **28** fr.

Les abonnements valent pour 2 années (1916-1917), la Revue paraissant provisoirement tous les deux mois.

ANNALES DE MÉDECINE

RECUEIL MENSUEL DE MÉMOIRES ORIGINAUX ET REVUES CRITIQUES

publié par

L. BERNARD, F. BEZANÇON, G. GUILLAIN, M. LABBÉ, E. RIST, G. ROUSSY

ABONNEMENT ANNUEL : FRANCE ET COLONIES. **20** fr.—ÉTRANGER. **23** fr.

Les abonnements valent pour 2 années (1916-1917), la Revue paraissant provisoirement tous les deux mois.

Le plus important des journaux médicaux de langue française

La Presse Médicale

DIRECTION SCIENTIFIQUE

L. LANDOUZY
Doyen de la Faculté de Médecine,
Professeur de clinique médicale,
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine.

F. DE LAPERSONNE
Professeur de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur et Professeur en chef
de la Maternité.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

M. LETULLE
Professeur à la Faculté,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.
Membre de l'Académie de Médecine

H. ROGER
Professeur de Pathologie expérimentale,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine.

M. LERMOYEZ
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine.

F. JAYLE
Ex-chef de clinique gynécologique
à l'hôpital Broca,
Secrétaire de la Direction.

Secrétaires de la Rédaction : P. DESFOSSES; J. DUMONT.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :
France et Colonies : **10** fr. — Étranger : **15** fr.

La *Presse Médicale* est, de tous les journaux de Médecine français, le plus important et le plus répandu.

La qualité de ses collaborateurs, venus à la *Presse Médicale* de tous les centres médicaux de Paris, de province et de l'étranger, lui a assuré une autorité indiscutée.

La guerre, qui a paralysé tant d'initiatives, n'a pas arrêté ce succès. La variété et l'étendue des informations de la *Presse Médicale*, les chroniques, les analyses, les comptes rendus, les nouvelles de toutes sortes qu'elle n'a cessé de publier régulièrement, lui ont conservé son originalité de véritable « *journal* » *médical*. En même temps, les questions chirurgicales nouvelles ont ajouté comme un regain d'actualité dramatique à cette publication qui demeure le reflet de la vie médicale du monde entier.

Chaque numéro de la *Presse Médicale*, généralement illustré de nombreuses figures, comprend 16 ou 24 ou 32 pages de format grand in-quarto.

Abonnements d'essai gratuits sur demande

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Le plus sérieux — Le mieux informé — Le plus complet
Le mieux illustré — Le plus répandu

DE TOUS LES JOURNAUX DE VULGARISATION SCIENTIFIQUE

La Nature

REVUE DES SCIENCES

et de leurs Applications aux Arts et à l'Industrie

JOURNAL HEBDOMADAIRE ILLUSTRÉ

Les publications illustrées abondent et les images de la guerre traînent sur toutes les tables. Mais *La Nature* ne ressemble à aucun autre périodique. Au fur et à mesure que les évènements se sont déroulés, la technique de la guerre s'est modifiée, les applications des sciences se sont enrichies, les appels aux industries nationales se sont multipliés, les rapports économiques des peuples se sont transformés, et les conditions géographiques, même, ont joué des rôles variés et imprévus. *La Nature* a tenu ses lecteurs au courant de toute cette intense vie guerrière, scientifique et industrielle. Mais ce qui constitue son originalité, c'est que jamais *La Nature* ne s'est départie de son caractère de journal *technique*. En s'adressant au grand public cultivé — et en écrivant pour lui — elle n'a pas voulu sacrifier à l' « *à peu près* ». Sur tous sujets d'actualité : armement, industrie, économie, elle a publié de véritable petites études précises, informées et écrites par des spécialistes. Bref, *La Nature* a su concilier le souci de l'*actualité* qui prime toutes les autres — la guerre — et son caractère de journal de vulgarisation *scientifique*.

PARIS		DÉPARTEMENTS		UNION POSTALE	
Un an . . .	**20** fr.	Un an. .	**25** fr. »	Un an . . .	**26** fr.
Six mois . .	**10** fr.	Six mois.	**12** fr. **50**	Six mois . .	**13** fr.



543077

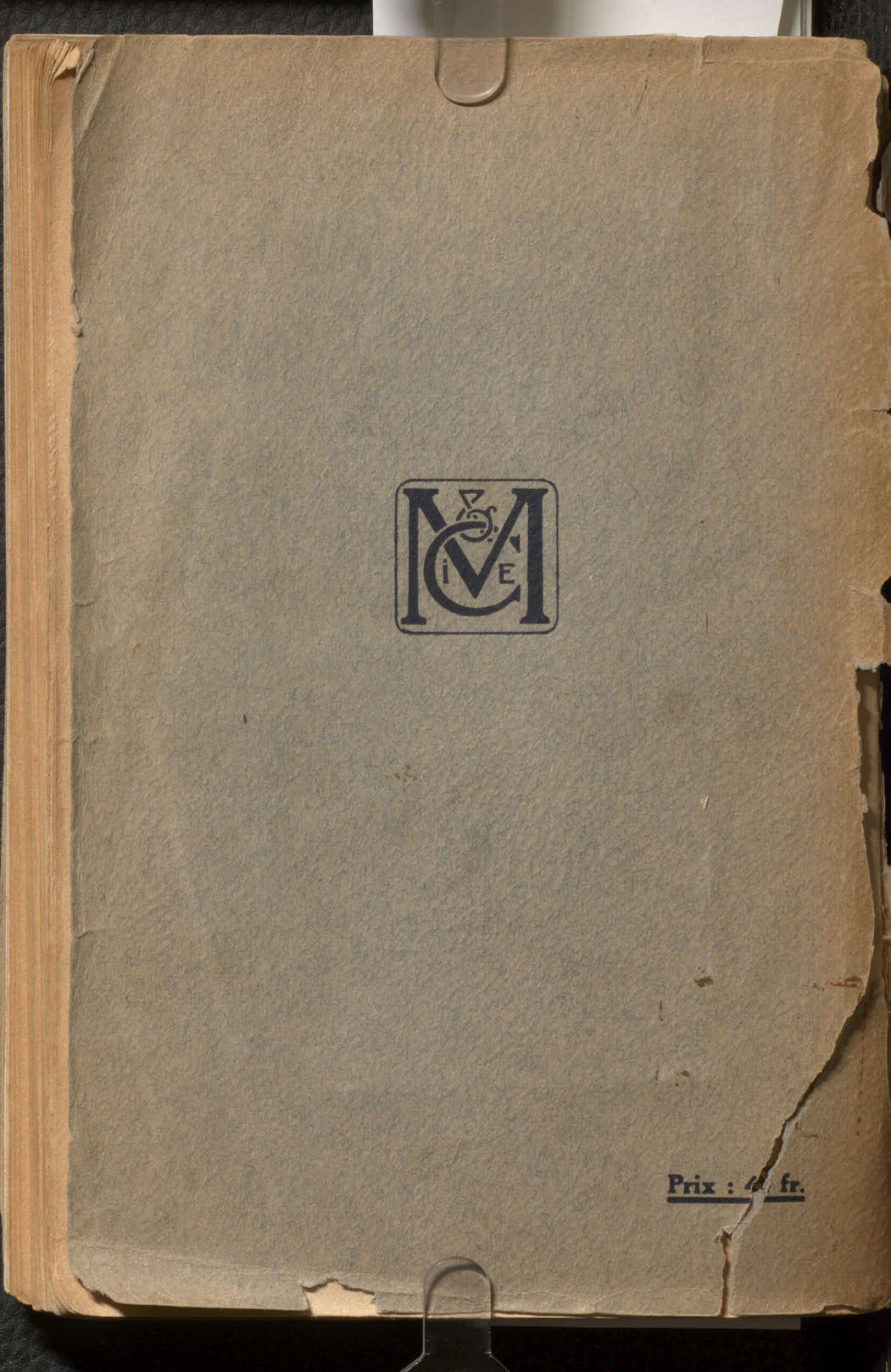
79 559. — Imp. Lahure.

WM 184 R867p 1917 Medical
Roussy, Gustave,
Les psychonevroses de
guerre, ~~616.85/R867~~
71963169

58983

Date Due

Roussy, G.
58983
543077



Prix : [illegible] fr.